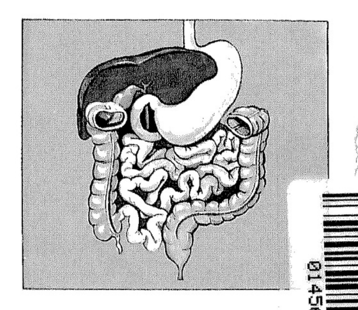
اعرف صحتك ٦

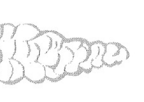
الجهاز الهضمى

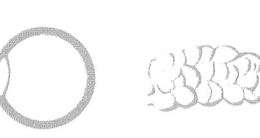
أمراضه والوقاية منها

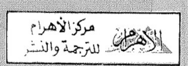
الأستاذ الدكتور

أبو شادى الروبى









مركز الأهرام للترجمة والنشر

اعرف صحتك
(٦)

الجهاز الهضمى

أمراضه والوقاية منها

الأستاذ الدكتور أبو شادى الروبى

الطبعة الأولى
١٤١٢ هـ - ١٩٩١ م

الناشر : مركز الأهرام للترجمة والنشر
مؤسسة الأهرام - شارع الجلاء القاهرة
تليفون : ٧٤٨٢٤٨ - تلكس ٩٢٠٠٢ يوان

المحتـــويات

الصفحة

الصفحة

الصفحة

مقـــدمـــة

طب الجهاز الهضمى وتاريخه

اهتم الإنسان بالجهاز الهضمى ومشاكله منذ أقدم العصور ، فطعامه وشرابه شغله الشاغل وهمّه اليومى ، وأعضاء الهضم كالمعدة والأمعاء واضحة فى أجساد الحيوانات ، ووظائفها مفهومة وجليّة ، وأمراض الجهاز الهضمى وأعراضه كالقىء أو الإسهال مشاكل لا يخلو منها إنسان . كان **الإنسان البدائى** يشعر أنه فى قبضة قُوى تسيطر على الطبيعة وتتجاوزها ، وكان يؤمن بالخرافة ويلجأ إلى السحر والشعوذة ويستعين بالتمائم والطلاسم . وكان أيضا يمارس نوعا بدائيا من الطب التجريبى ، وهو العلاج بالأعشاب وغيرها من منتجات الحيوانات ، وميّز فيها بين النافع والضار .

ثم ارتقى الإنسان فى مهاد الحضارات وأحواض الأنهار العظيمة : مصر وبابل والهند والصين . نشأت جذور الأسطورة ، وبزغ فجر الدين . وكونت كل حضارة تصورُها عن الطب وأمراضه . كان أطباء **مصر** ، وعلى رأسهم « إمحوتب » أصحاب خبرة وقوة ملاحظة ، والبرديات تسجل الكثير من صنوف الأدوية وعلاج الجروح وخلع المفاصل وكسر العظام . وفى **بابل** سَنّ الملك « حمورابى » قانونه المشهور الذى ينظم العلاقة بين الأطباء والمرضى ، ويعاقب الإهمال بأوخم العواقب . وكان البابليون أيضا أصحاب فراسة وتنجيم ، وعُرف عن أطبائهم أنهم كانوا يتنبأون بمستقبل المريض بطريقة غريبة ، وهى فحص الكبد فى حيوان مذبوح واستطلاع مصيره من شكله . وفى **الهند** وصف الأطباء مئات الأمراض ، وفصّلوا أعراض السل

والجدرى والجذام ، وكانت لهم فى العلاج خمس طرائق غرضها إطلاق موادّ الجسم الفاسدة المحبوسة ، وهى الاستفراغ ، والإسهال ، والتعريق ، والعطس بالسعوط (النشوق) ، وفصد الدم . أما **الصينيون** فكانوا يؤمنون بوجود قوتين أساسيتين تحكمان كل شىء فى الكون وفى الإنسان ، وهما « ينْ » و « يانْج » ، وتمثلان الأرض والسماء ، الأنثى والذكر ، السلب والإيجاب . وفسروا الأمراض كلها على أساس من الصراع بين القوتين ، واستعملوا الأعشاب والوخز بالإبر لعلاج جميع العلل ، وكانوا أحيانا يجمعون بين الوسيلتين ويضيفون إليهما الكىّ . ومازال كل من القنّب الهندى (الحشيش) والجنسنج (المنشط للحيوية) والراولفيا (علاج ضغط الدم) شائع الاستعمال حتى الآن .

ثم تقدم الإنسان خطوة أخرى من أحواض الأنهار إلى حوض البحر الأبيض المتوسط : حضارة **اليونان وروما** . كان « أبقراط » هو قمة الطب اليونانى ، دعا إلى المشاهدة والتجربة ، وأنكر الخرافة والأسطورة ، ووصف الأعراض والعلامات بدقة ، ونبه إلى أهمية التفريق بين الأمراض ، وحذر من العلاج العشوائى ، وأهاب بالأطباء جميعا أن يلتزموا بآداب المهنة وأخلاقها الفاضلة . ومازال قَسَم أبقراط هو ميثاق الطب إلى يومنا هذا ، وحكمته المشهورة : « فن الطب طويل ، والعمر قصير ، والفرصة سريعة الزوال ، والحُكم صعب » . أما « جالينوس » فقد عاش بعد أبقراط بستة قرون ، وكان هو الآخر قمة الطب فى زمنه ، واستمر أثره قرونا عديدة بعده . اعتمد جالينوس فى دراساته على الحيوانات لأن تشريح الجسم البشرى كان محرّما فى الدين ، وطوّر جالينوس نظرية « الأخلاط الأربعة » كتفسير لفهم طبيعة الإنسان وأسباب أمراضه ووسائل علاجه . وخلاصة هذه النظرية ، وجذورها بعيدة ومصادرها متعددة ، أن الكون الكبير (الماكرو كوزموس) مكون من عناصر أربعة هى التراب والماء والهواء والنار ، وأن القُوى الكامنة فى هذه العناصر أربع : اليُبس والرطوبة والحرارة والبرودة .

ويقابل هذه العناصر والقُوى فى الإنسان (وهو الكون الصغير أو الميكرو كوزموس) أربعة أخلاط هى الدم والبلغم والمِرّة الصفراء (إفراز الكبد) والمرة السوداء (إفراز الطحال) ، وهذه الأخلاط هى أجسام سيالة يستحيل إليها الغذاء . والصحة هى الحالة التى تتعادل فيها الأخلاط تعادلاً تاما ، والمرض ينشأ من وفرة أحدها وتغلبه على بقية الأخلاط ، ومن هنا نجد صاحب المزاج الدموى ، وصاحب المزاج الصفراوى ، والبلغمى ، والسوداوى . والشفاء لا يتم إلا بكسر حدة الخلط وعودته إلى التعادل ، ويكون ذلك بأن يتخلص منه الجسم بإحدى وسائل إفرازه ، وتساعده على ذلك الأغذية والأدوية ، وهى على أنواع حسب كل خلط وما يناسبه .

ثم جاء **العصر الوسيط** تسُوده حضارة **العـرب** شرقا وغربا ، وتنهل من كل المصادر . ترجم العرب ضمن ما ترجموا طب اليونان وتراثه ، وتأثروا بأفكار جالينوس ونظرية الأخلاط الأربعة عِلما وعملاً . ولكنهم لم يكونوا مجرد نَقَلة ، بل انتقدوا كثيرا من آراء جالينوس وتجاوزوها . وكان احتكامهم إلى المشاهدة والتجربة ، فأبو بكر الرازى يفرّق بين الجدرى والحصبة ، وعبد اللطيف البغدادى يصحح أخطاء جالينوس فى تشريح العظام ، وابن النفيس أيضا يفند آراء جالينوس فى تشريح القلب ويكتشف الدورة الدموية ، والزهراوى يفتح آفاقا جديدة فى الجراحة ويبتكر الكثير من آلاتها . ويضيق المقام هنا عن الإفاضة فى أمجاد الطب العربى ، ولكننا نود فى مقدمة كتابنا أن نلفت النظر إلى اهتمام العرب عامة وأطبائهم خاصة بوظائف الجهاز الهضمى ومشاكله الطبية ، إيمانا بأن المعدة بيت الداء ، والحِمْية رأس الدواء ، وابن سينا فى « الأرجوزة الطبية » ينصح الناس بأصول التغذية السليمة :

أطِل زمـان الأكل تَسْتَتِمـه ... ودقـق المـمضوغ تستهضمـه
إن شئت أن تنجو من التياث ... فالجـوف قسّمـه علـى ثـلاث
للنَّـفَس الـثلث وللغـذاء ... ثلث وباقيـه مكـان المـاء

وفى كتاب « الغاذى والمغتذى » لابن أبى الأشعث قصة طريفة تدل على أن العرب مارسوا نوعا من الطب التجريبى . قال : « إن الغذاء إذا حصل فى المعدة وهو كثير الكمية تمددت تمدداً يبسط سائر غضونها ، كما رأيت ذلك فى سبع شرّحْته حياً (!) بحضرة الأمير الغضنفر ، وقد استصغر بعض الحاضرين معدته ، فتقدمت بصب الماء فى فمه ، فمازلنا نصب فى حلقه دورقاً بعد آخر حتى عددنا من الدوارق عددا كان مقدار ما حوت نحو أربعين رطل ماء . فنظرت إذ ذاك إلى الطبقة الداخلية وقد امتدت حتى صار لها سطح مستوٍ ليس دون استواء الخارج . ثم شققتها ، فلما اجتمعت عند خروج الماء منها عاد غضون الطبقة الداخلية ، والبواب (أى الفتحة البوابية للمعدة) يشهد الله فى جميع ذلك لا يرسل نفسه (أى لا يرتخى) » .

وصف الأطباء العرب أمراض الجهاز الهضمى والكبد ، وصفا مسهبا ينطق بقوة الملاحظة ودقة التشخيص : قروح المرىء والمعدة والأمعاء ، أسباب قىء الدم ، خراج الكبد وأورامه ، أسباب اليرقان ، أنواع الاستسقاء (زِقّى وطبلى ولحمى) وكيف يستفرغ ماء الاستسقاء : « يجب أن تنزل أسفل السرة قدر ثلاثة أصابع مضمومة » ، أمراض القولون ومنها القروح ، وزحير (تعنية) المستقيم وورمه ، والالتواء ، والفتق ، والديدان ، والبراز اليابس ، ثم ما نسميه الآن بالقولون العصبى وكان ابن سينا يسميه « القولنج الريحى » وأهم علاماته « القراقر » و « البنادق » . وكان الأطباء العرب يهتمون كثيرا بالأغذية ويقدمونها فى المرتبة الأولى على الأدوية . انظر إلى قول الرازى : « مهما قدرت أن تعالج بالأغذية فلا تعالج بالأدوية ، ومهما قدرت أن تعالج بدواء مفرد فلا تعالج بدواء مركب » . وكان ابن زهر الطبيب الأندلسى يقول : « أقسم بالله أنى ما سقيت دواءً قط مسهلاً إلا واشتغل بالى قبله بأيام وبعده بأيام ، فإنما هى سموم ، فكيف حال مدبّر السم ومسقيه ؟ » . إلا أن العرب أيضا اهتموا اهتماما كبيرا بالأدوية وتفننوا فى وصفها وتقسيمها وذكر منافعها وطرق استعمالها ، فمنها المفرد ومنها المركب ، ومنها ما هو أصل

نباتى أو حيوانى أو معدنى . وهم يوصون مثلا بأقراص الطباشير (كربونات الكالسيوم) فى علاج الحموضة وقرحة المعدة ، وبالأفيون والبنج والعفص لقروح الأمعاء ، والكمون والنعناع للمغص ، والسنامكى للإمساك ، والبابونج للانتفاخ ، والسرخس وقشر الرمان والزعتر والترمس والشيح لطرد الديدان .

تُرجم الطب العربى إلى اللاتينية ، وظلت كتب المجوسى والزهراوى وابن سينا مصدرا لأوروبا قرونا عديدة . ثم جاء **عصر النهضة** فانتقل العلم والطب نقلة كبيرة . وكانت الجامعات الجديدة فى ساليرنو وبولونيا وبادوا فى إيطاليا ، وفى مونبلييه وباريس فى فرنسا ، ثم فى إدنبره وكمبردج بانجلترا ، كانت كلها سبّاقة إلى البحث والتجريب متأثرة بالمنهج العلمى وبأهمية القياس الدقيق . دُرس الجسم البشرى دراسة تشريحية مفصلة صححت كلام جالينوس ، ووصف « وليم هارفى » تجاربه على الدورة الدموية وعلى تكوين الأجنة ، إلا أن أهم حدث فى هذه المرحلة كان اختراع الميكروسكوب والعالم الجديد الذى فتحه لنا : عرفنا تركيب أنسجة الجسم وخلاياها ، ورأينا الكائنات الدقيقة كالبكتريا وغيرها من مصادر العدوى والمرض ، وتبلورت نظرية الجراثيم وتطبيقاتها العملية كاستعمال التعقيم فى الجراحة والتطعيم فى الوقاية من الأوبئة . وواكب هذا التقدم المذهل فى فهمنا لبنية الجسم وتركيبه تقدم موازٍ فى فهمنا لوظائفه وكيميائه . وفسر لنا « كلود برنار » كيف أن الجسم يرتكز فى أدائه على مبدأ واحد ، وهو المحاولة الدائبة على ثبات بيئة الجسم الداخلية فى مواجهة بيئة خارجية متغيرة . كانت أيضا هذه هى المرحلة التى تقدم فيها الفحص الطبى تقدما ملحوظا ، وخاصة استعمال المسماع (السماعة) لفحص دقات القلب وأصوات الرئة ، وفحص أمراض النساء والولادة ، وغيره من مبتكرات الآلات الجراحية .

وانتقلنا إلى **العصر الحديث** ، القرنين التاسع عشر والعشرين ، انتقالا متسارعا يدهشنا كل يوم بجديد : التخدير من الإثير والكلوروفورم إلى آفاق

لم نكن نحلم بها فى جراحة القلب والمخ ؛ العلاج الكيميائى من مركبات الزرنيخ لمرض الزهرى إلى أدوية السلفا والمضادات الحيوية وعلاج الملاريا ؛ دراسات الغدد الصماء وإفرازاتها (الهرمونات) واكتشاف الإنسولين والكورتيزون ؛ اكتشاف الفيتامينات ؛ المفاهيم الحديثة عن المناعة وأمراضها وتطبيقاتها ، الخ ... وبرزت فى الطب الحديث سمة واضحة تفرض نفسها بحكم طبيعة النمو والتطور ، وهى ظاهرة التخصص ، وبعد أن كنا نصنف الأطباء إلى باطنيين وجراحين عامّين ، تفرعنا إلى تخصصات محددة تمليها طبيعة الجسم وتركيب أجهزته ، وإن كنا لا نزال نؤمن بترابط المعرفة وبأن الإنسان كلٌّ متكامل . ولاشك أن طب الجهاز الهضمى ودراساته فى نصف القرن الأخير قد أفاد كثيرا وغيّر من المفاهيم والوسائل ، فهى فى الواقع ثورة شاملة علميا وعمليا .

سنعرض إذن فى كتابنا عن الجهاز الهضمى عرضا منطقيا يتسلسل مع أجزاء القناة الهضمية من الفم إلى الشرج ، ممهدين لكل جزء بمدخل موجز يصف تركيبه ووظائفه . ورأينا أن نبدأ الكلام بفصل يشرح وسائل الفحص والتشخيص المختلفة ، ويتجنب الدخول فى التفاصيل ، ويحاول ، قدر الإمكان ، ألاّ يرهق القارىء بالمصطلحات العلمية الغربية . أما ملحقات القناة الهضمية كالكبد والمرارة والبنكرياس ، فتحتاج إلى معالجة منفصلة لأهميتها وتشعب موضوعاتها .

والله ولى التوفيق .

الفصـــل الأول

وســـائل الفحـــص

الطب علم وفن ، وهو أيضا منطق وفلسفة .

فالطب جماع كل المعارف البشرية ، لأنه موضوع الإنسان ، وهو أيضا هدف الإنسان . والطبيب فى اقتحامه المجهول أشبه بالمخبر أو المحقق فى الروايات البوليسية ، هدفه اكتشاف العقدة وحل المشكلة . وهو يتوسل فى ذلك بكل وسائل **الفحص** المتاحة ، ويلقى الأضواء من جميع الزوايا . هو يستعين بحواسه الخمس : السمع والبصر والحس والشم والذوق(*) . وهو يستخدم طرق الكيمياء الحديثة ، ومجالات الفيزياء من صوت وضوء وكهرباء والكترونيات . وهو إذ يسجل هذه المعلومات المكدسة ويجمع الخيوط المتشابكة لا يقف منها موقف المتفرج ، بل عليه أن ينسج منها صورة متكاملة أقرب ما تكون إلى الحقيقة ، فهو فى حوار دائم بين الممكن والموجود ، بين الظاهر والباطن ، بين الظن واليقين ، ومَحَكُّه دائما هو الاحتكام إلى الواقع . **فالتشخيص** فى الطب ، والمنطق فى الفلسفة ، وجهان لعملة واحدة : التفكير العقلانى .

سنعرض إذن عرضا وجيزا لوسائل الفحص الرئيسية فى تشخيص أمراض

(*) صدق أو لا تصدق : كان أطباء العرب يتذوقون بول المرضى لاكتشاف داء السكّر .

الجهاز الهضمى ، وهى تخصصات قائمة بذاتها تحتاج إلى مجلدات ، ولكننا آثرنا التركيز على المبادىء الأساسية .

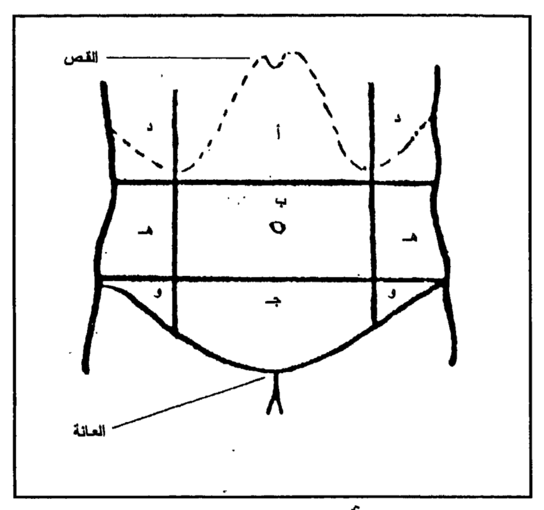
(١) الفحص الإكلينيكى

نعنى بالفحص « الإكلينيكى » ، وترجمته الحرفية « الفحص السريرى » أن نفحص المريض فحصا مباشرا وهو راقد فى السرير أو فى زيارته للعيادة ، وذلك باستعمال الوسائل الطبيعية البسيطة : العين (المعاينة) ، واليد (الجَسّ والقرع) ، والأذن (التسمُّع) .

وأول شىء نفعله فى لقائنا مع المريض أن نصغى إليه جيدا ونستمع إلى **قصته ، وشكواه ، وأعراضه** . وإذا كان الصبر نصف الإيمان ، فالاستماع نصف التشخيص . علينا مثلا أن نسأل المريض : ماذا يعنى بالألم ؟ أهو تقلص ومغص ، أم طعن أشبه بالسكين ، أم حرقان كاللهيب ؟ أين مكانه ؟ وهل هو ثابت أم متنقل ؟ وهل هو مستمر أم متقطع ؟ متى بدأ ، وكيف تحول وتطور ؟ هل هو مرتبط بالجوع ، أو بالأكل ، أو بالتبرز ؟ هل تصاحبه أعراض أخرى ، كالقىء مثلا أو الإسهال ؟ إن شكاوى المرضى وحكاياتهم تتباين تباينا شديدا ، منهم المُقِلّ فى كلامه ومنهم الشكّاء البكّاء . وعلى الطبيب أن يساعد مريضه ويقوده ، وعلى المريض أيضا أن يساعد طبيبه ويفصّل أعراضه ، وكِلاهما ، الطبيب والمريض ، شريكان فى محاولة حل المشكلة والوصول إلى علاجها ، أساسها الثقة المتبادلة وروحها التفاهم والتعاطف .

عندما يستلقى المريض على السرير ويكشف عن بطنه فإنه ينظر إلى الطبيب متوجسا ليحدد موقفه منه ، لأن البطن ، بعكس الصدر ، مكشوف ومعرض للجسّ و « الفعص » ، ولذلك نحاول من أول نظرة أن نكسب صداقة المريض وصداقة بطنه ، وذلك بأن نترفق بلمسه وجَسّه حتى تسترخى

عضلات البطن وتكشف عن مكنونه . **وفحص البطن والبحث عن علاماته** يتبع عادة خريطة تقسم البطن إلى ٩ مناطق (شكل ١) : ثلاث فى الوسط :



شكل (١) : رسم توضيحى لمناطق البطن

فم المعدة ، ووسط البطن حول السرة ، وفوق العانة ، ويرمز إليها فى الشكل بالرموز أ ، ب ، جـ على الترتيب . ثم ثلاث فى كل جانب : المَرَاق ، والقَطَن ، والحفرة الحَرْقفَية ، ويرمز إليها فى الشكل بالرموز د ، هـ ، و على الترتيب . ففى فم المعدة مثلا نفكر فى أمراض المرىء والمعدة

والاثنا عشرى ، وفى الفص الأيسر للكبد ، وفى البنكرياس . وفى الربع العلوى الأيسر نبحث عن تضخم الطحال ، أو عن القولون . وفى الحفرة الحرقفية اليمنى نفكر فى احتمالات كثيرة : التهاب الزائدة الدودية ، أو التهاب القولون ، أو تدرن الأمعاء ، أو التهاب المبيض والبوق فى النساء . وهكذا نمر على مناطق البطن واحدة بعد أخرى ، مستعملين كل وسيلة متاحة ، بالعين الفاحصة ، واليد الحساسة ، والأذن المرهفة بمساعدة المسماع (السمّاعة) . ورغم أن البطن هو جزء الجسم الذى يحوى معظم الجهاز الهضمى وعليه نركز فحوصنا ، إلا أن **فحص أجزاء الجسم الأخرى** لا تقل عنه أهمية . فالفم واللسان له علاماته ، والقلب له علاقاته ، والأعصاب متغلغلة ومسيطرة ، و « النفس مزاج الجسم » كما قال الرازى الطبيب .

(٢) الفحص المعملى

هناك فحوص معملية روتينية ، بسيطة ومفيدة وغير مكلّفة ، وهناك فحوص أخرى خاصة ، وموجهة لأغراض معينة .

فحص البراز مثلا من ألزم الفحوص الروتينية لأمراض الجهاز الهضمى ، نتبين شكله وقوامه ولونه ، وهل هو ممتزج بالمخاط أو الصديد أو الدم ، وهل هو أبيض اللون من فرط الدهن فيه أو من نقص إفراز الصفراء ، أو هو أسود اللون من اختلاطه بالدم المهضوم ؟ ثم نفحص البراز فحصا ميكروسكوبيا بحثاً عن بويضات الديدان كالبلهارسيا والانكلستوما والأسكارس ، وعن الطفيليات الأخرى كالأميبا والجيارديا لامبليا . أما الفحوص الخاصة للبراز فمن أمثلتها فحص البراز للدم المختفى ، وهدفه التعرف على مصادر النزف من القناة الهضمية حتى لو كان قليلا لا يرى بالعين المجردة . ومن أمثلتها أيضا قياس كمية الدهن فى البراز لتشخيص حالات الإسهال الدهنى من مرض فى البنكرياس أو فى الأمعاء . كذلك نحتاج

أحيانا إلى فحص البراز فحصا بكتريولوجيا لاكتشاف ميكروب الدرن (السل) أو لزرع ميكروب التيفود .

أما **فحص الدم** فله منافع كثيرة . صورة الدم مثلا تكشف عن الأنيميا إذا كانت من نزف فى القناة الهضمية ، وزيادة عدد الكرات البيضاء توحى بالتهاب حاد ، وكذلك ارتفاع سرعة ترسيب الدم . وزرع الدم بكتريولوجيا يحدد لنا مصدر العدوى كالحمى التيفودية . أما تحاليل الدم الكيميائية فشتى : وظائف **الكبد مثل إنزيمات الكبد(*) ونسبة البروتين ونسبة البروثرمبين (اللازم لتجلط الدم) ؛ نسبة إنزيم البنكرياس المعروف بالأميلاز ؛ نسبة الصفراء فى الدم المعروفة بالبليروبين ولها دور أساسى فى تشخيص أسباب اليرقان(**) ؛** نسبة السكر فى الدم وعلاقاته المتعددة بالجهاز الهضمى ؛ نسبة إلكتروليات الدم كالصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد ، وكلها عناصر أساسية فى كيمياء الجسم وثيقة الارتباط بالجهاز الهضمى .

وأما **التحاليل المناعية والسيرولوجية** ، وهى تحاليل تهدف إلى الكشف عن ميكروبات أو مكونات ضارة وأجسام مضادة تتفاعل معها ، فمن أمثلتها تحليل الدم للتيفود (اختبار فيدال) ، والبحث عن فيروسات الالتهاب الكبدى وآثاره المناعية ، والبحث عن دلالات الأورام فى الأمعاء أو الكبد ، وتشخيص العدوى بالطفيليات كالأميبا والبلهارسيا وديدان الكبد وغيرها ، خاصة إذا كانت كامنة فى الأنسجة ولا تعلن عن نفسها بخروج الأكياس أو البويضات فى البراز .

ثم هناك فحوص خاصة لعصارة المعدة وإفرازات الأمعاء والجهاز

(*) الإنزيمات : هى مواد كيميائية تؤدى وظائف وسيطة فى عمليات الجسم .
(**) اليرقان : هو إصفرار الجسم ظاهره وباطنه .

المرارى يندر أن نحتاج إليها ، كأن نحدد نسبة الحمض فى المعدة ، أو مقدار إنزيمات البنكرياس فى عصارة الاثنا عشرى ، ويتم ذلك بإدخال أنبوب عن طريق الفم أو الأنف إلى القناة الهضمية لشفط محتوياتها .

(٣) الفحص التصويرى

هذا الفحص يرسم شكل الجهاز الهضمى وهيئته بالتصوير ، ويستخدم فى ذلك وسائل متعددة ، أقدمها **الفحص بالأشعة السينية** . نبدأ أولا بصورة بسيطة للبطن توضح لنا المعالم الرئيسية للجهاز الهضمى وتوزيع الغاز (الهواء) فيه . فقاعة الهواء التى تملأ قاع المعدة مثلا تحدد لنا مكانه وشكله ، وهل هو فى وضعه السليم أم هو ملتو أو منكفىء ؟ والغازات فى جوف الأمعاء هل هى محتبسة من التواء أو التصاق ، أو هى فى حالة شلل عام ؟ وارتفاع الحجاب الحاجز الأيمن هل هو من تضخم أو ورم فى الكبد ، أم هو خراج متجمع فى التجويف البريتونى ؟ والبقع البيضاء المعتمة هل هى حصوات فى المرارة أو رواسب جيرية فى الكبد أو البنكرياس ؟ فإذا أضفنا إلى ذلك تلوين القناة الهضمية بمادة معتمة مثل الباريوم ، أو تلوين المرارة والقنوات المرارية بصبغة خاصة تكشف عنها ، حصلنا على معلومات هامة عن هيئة كل عضو ووظيفته . فالجزء العلوى من القناة الهضمية (المرىء والمعدة والأمعاء الدقيقة) نملؤه « بوجبة باريوم » عن طريق الفم ، أما القولون فتظهر معالمه أوضح إذا حقن الباريوم بحقنة شرجية . ونبدأ عادة بكمية صغيرة من الباريوم تكشف لنا تضاريس الغشاء المخاطى المبطن للمعدة والأمعاء ، ثم نزيد الكمية فتظهر القروح أو الرتوج أو الردوب (الجيوب) ممتلئة ، أو تبرز الأورام ناتئة كفجوات فى وسط الباريوم . أماكن الضيق وأماكن التوسع تبدو كلها واضحة ، وحركات الانقباض والانبساط تظهر حيّة أمام الفاحص .

ثم أضيف بُعد جديد إلى التصوير الإشعاعى وهو **التصوير المقطعى بأشعة الكمبيوتر** ، وفيه توجه الأشعة من زوايا مختلفة حول محور الجسم فى لقطات تتجمع وتكوّن صورة مقطعية عند مستوى معين ، فهى أشبه شىء بشريحة من شرائح « البسطرمة » أو « اللانشون » . هذا الفحص المعقد والمكلّف يفيد كثيراً فى تشخيص الأعضاء المصمتة كالكبد والبنكرياس والكلى والطحال ، ولكنه محدود القيمة فى الأعضاء المجوفة كالقناة الهضمية ، أضف إلى ذلك أن كثيراً من مزايا هذا الفحص يمكن الاستعاضة عنه بوسائل أبسط وأسلم وأقل تكلفة باستعمال **الموجات فوق الصوتية** . ونفس الكلام يسرى على استعمال **المسح الذرى بالنظائر المشعة** لتشخيص أمراض الجهاز الهضمى ، فأكثره يقتصر على تشخيص الكبد والطحال والمرارة ، وفائدته محدودة وقليلة .

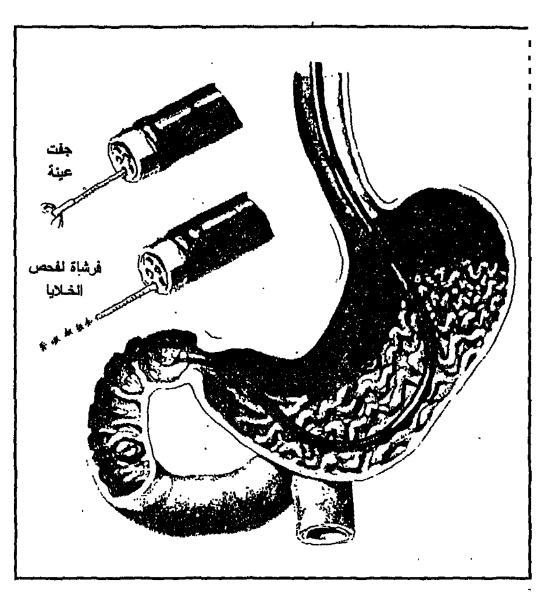
أما **الفحص بالموجات فوق الصوتية** فيمتاز بسهولته.ورخصه وخلوّه من خطر التعرض للإشعاع . والمبدأ فيه أن تسلط على الجسم موجات ترددها أعلى من تردد الصوت ، وعندما تخترق هذه الموجات ثم تصطدم مع أجزاء الجسم المتفاوتة فى كثافتها فإنها تنعكس وترتد إلى شاشة تليفزيونية يمكن رؤيتها وتصويرها . وبذلك نميز بين ما هو جامد وما هو سائل وما هو غاز . الكبد والمرارة والطحال والكلى ، ومحتويات الحوض كالرحم والمبيض والمثانة والبروستاتا ، كلها فى متناول الفحص شكلا وتركيبا . الكبد مثلا هل هو طبيعى أو متليف ؟ منكمش أو متضخم ؟ والبقعة الغريبة فى وسطه : هل هى كيس دموى أم هى ورم ؟ والمرارة هل هى طبيعية أم ملتهبة ؟ وهل بها حصوات ؟ والطحال ما حجمه وما تكوينه ؟ واليرقان : هل سببه داخلى فى الكبد ، أو خارجى من انسداد فى القنوات الصفراوية ؟... عشرات من الأسئلة يجيب عليها هذا الفحص ، منها مثلا حالات الاستسقاء(*) وأسبابه ،

(*) الاستسقاء : هو تجمع سائل مرضى فى جوف البطن .

وأورام العقد اللمفية الدفينة فى جوف البطن ، وقطر الوريد البابى ووريد الطحال ، الخ ... أما البنكرياس ففحصه محدود لأن الغازات تحجب رؤيته جيدا . وأما القناة الهضمية الممتلئة بالهواء فهى أقل الأعضاء فائدة لصعوبة الكشف عن تفاصيلها ، وإن كان الفاحص المدرب يستطيع أن ينبهنا إلى احتمال وجود ورم فى المعدة أو القولون ، أو انسداد موضعى فى الأمعاء ، أو التهاب حاد فى الزائدة الدودية .

(٤) الفحص المنظارى

كان فحص القناة الهضمية بالمنظار فحصا محدودا للغاية حتى عهد قريب ، فقد كانت الوسيلة الوحيدة للنظر إلى جوف القناة هى إدخال أنبوبة أو ماسورة صلبة ومستقيمة نلقى الضوء من خلالها إلى أحد طرفى القناة ، لأن الضوء ، كما هو معروف ، لا يسير إلا فى خطوط مستقيمة . وكانت أقصى مسافة مستقيمة نستطيع أن نعبرها من أعلى ، أى من الفم ، هى ٥٠ سم تشمل المرىء وجزءا محدودا جدا من المعدة . أما من أسفل ، من الشرج ، فكانت المسافة القصوى هى ٤٠ سم تغطى المستقيم وجزءا من القولون السينى . كنا كمن يبلع سيفاً من أعلى أو يلبس « خازوقا » من أسفل ! لا عجب أن ظل استعمال المناظير إلى وقت قريب محدود الفائدة مكروها من المرضى . ثم حدثت ثورة فى ربع القرن الأخير بفضل استعمال **الألياف الضوئية** ، من الزجاج أو البلاستيك ، وهى أنه مادام الضوء مستقيما والقناة الهضمية متعرجة ، فلنستعمل حزمة من الألياف كل ليفة منها مستقيمة ولكنها قصيرة جدا ، ويمكن ترتيب هذه الألياف فى تسلسل مستمر يسمح بمرور الضوء وانعكاسه من ليفة إلى أخرى ، ولكنها فى تتابعها تسير فى مسار متعرج . وهكذا بدلا من أن نبلع سيفاً ، صرنا نبلع خيوطا من المكرونة الأسباجيتى المضيئة ، وأصبح المنظار متاحاً للتجول والفحص فى أى جزء من القناة

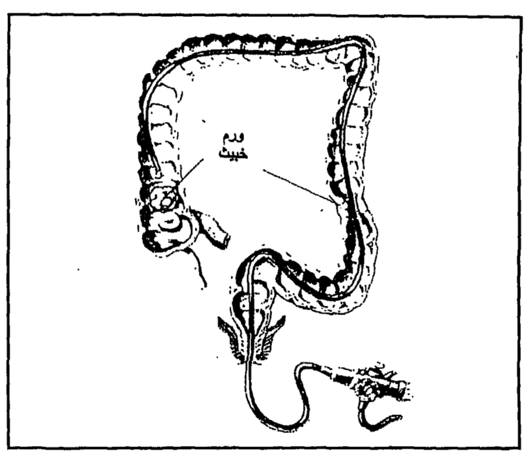


شكل (٢) : منظار المعدة يبين قرحة فى الجزء
الأول من الاثنا عشرى

الهضمية ، وأمكن أيضا عن طريقه أن نأخذ عينات من أنسجة الأعضاء لفحص خلاياها وتركيبها ، كما فتح لنا آفاقا جديدة لدراسات خصبة وعلاجات مبتكرة لم تكن معروفة . إن جولة المنظار بعد دخوله من الفم أو من الشرج أشبه برحلة فى عالم مسحور : هنا الحياة على الطبيعة تموج بالحركة والنشاط ،

تارة تنقبض وتارة تنبسط ، مرة تتورد ومرة أخرى تشحب ، والفاحص فى كل مرة لا يملك إلا أن ينبهر بقدرة الخالق وإعجازه ، وبعض الأطباء يشركون المريض فى الفحص بوساطة فرع جانبى من المنظار يرى المريض نفسه من خلاله .

نحن عادة نميز بين ثلاثة أنواع من مناظير الجهاز الهضمى (الشكلان ٢ ، ٣) : علوى لفحص المرىء والمعدة والاثنا عشرى ، وسفلى لفحص المستقيم والقولون ونهاية اللفائفى ، ومنظار ثالث لتلوين قناة البنكرياس وقنوات الجهاز المرارى . وهناك منظار رابع نلجأ إليه أحيانا لفحص تجويف



شكل (٣) : منظار قولونى يكشف عن ورمين خبيثين فى القولون ، واحد فى بداية القولون الصاعد ، والآخر فى القولون النازل

البطن ومحتويات البريتون(*) . وكانت قد نشأت معركة علمية بين أنصار الفحص بالأشعة التصويرية وأنصار الفحص بالمناظير ، كل فريق يحبذ وجهة نظره وينتقد الآخر ، ولكن الاتجاه العام الآن أن كلا الفحصين مكمل للآخر وضرورى له . وجدير بالذكر أن الفحصين ، التصويرى والمنظارى ، ليسا مقصورين على التشخيص فقط ، بل لهما استعمالات أخرى علاجية ومبتكرة أضافت كثيرا وأغنت عن بعض الجراحات الخطيرة . ويضيق المجال هنا عن تفاصيل كل هذه الإنجازات المثيرة ، مكتفين بشرح المبادىء العامة التى توضحها .

(٥) الفحص الباثولوجى

علم **الباثولوجيا** هو فرع الطب الذى يدرس أمراض الجسم والتغييرات التى تحدثها فى خلايا الأعضاء وأنسجتها . فحص الخلايا هو **السيتولوجيا** ، وفحص الأنسجة هو **الهستولوجيا** . ومهما كانت طرق الفحص ووسائله الأخرى فهى قرائن غير مباشرة ، ويظل الطبيب دائما يحاول الحصول على جزء أو « عيّنة » من العضو المريض لفحصه والتأكد من طبيعته .

الكبد مثلا نحصل على عينة (خِزْعة) منه **بإبرة** خاصة تبين لنا الالتهاب بأنواعه ، والتشحم ، والتليف ، والتشمع ، والأورام ، وعشرات غيرها من الأمراض . والقناة الهضمية فى معظمها متاحة للفحص **بالمنظار** ، وعن طريقه يمكن أخذ العينات المطلوبة من أى جزء أو أى مرض فيها . كما يمكن **بفرشاة** خاصة أن نجمع الخلايا المتساقطة من الأورام لفحصها وتحديد طبيعتها ، وهو أمر بالغ الأهمية لا لمجرد التأكد منها بل أيضا لتحديد نوع العلاج الملائم لها واحتمالات الشفاء منها . وحتى الجزء الأوسط من الأمعاء

(*) البريتون : هو الغشاء المبطن لتجويف البطن .

الدقيقة التى يصعب الوصول إليها بالمنظار ، يمكن التحايل إليها بوساطة **كبسولة** خاصة متصلة بأنبوبة رفيعة لأخذ العينات اللازمة .

كل هذه العينات من الأنسجة والخلايا تخضع لفحوص متعددة حسب الغرض منها : الفحص الميكروسكوبى العادى يكشف عن معظم المطلوب ، ولكن فحوصا أخرى قد تحتاج إلى أصباغ معينة ، أو إلى وسائل كشف كيميائية أو مناعية خاصة ، أو إلى ميكروسكوب بالغ الدقة كالميكروسكوب الإلكترونى .

ثم هناك حالات معقدة تستعصى على الفحص بالوسائل المعتادة ، ونضطر عندئذ إلى إجراء **جراحة استكشافية** ننتهز معها فرصة أخذ عينة من الجزء المشتبه فيه ، ونحاول الإسراع بفحصه وتشخيصه قبل البت فى أمره وهو ما زال على منضدة الجراحة . ويظل دائما السؤال الفاصل والخطير : هل هو ورم حميد أم خبيث ؟ والإجابة تتوقف على شخصين : (١) الطبيب الذى فحص المريض بالمنظار أو بالتصوير أو بعد فتح البطن واشتبه فى ورم أو مرض معين فأخذ منه العينة ، وعندئذ يجب أن تكون العينة (أو العينات ، إذا لزم الأمر) ممثلة ومعبرة عن الجزء المصاب . (٢) الفاحص الباثولوجى الذى تسلم العينة وأجرى عليها فحوصه وقراره . وكلا العملين فى غاية الأهمية ويقتضيان توخى الحذر ، وحكمهما قد يعنى أحيانا الفرق بين الحياة والموت .

الفصـــل الثـــانى

الفـــم

الفم هو مدخل القناة الهضمية ، يفصله سقف الحلق عن الأنف وجيوبه ، ويتصل من الخلف بالحلق والبلعوم ، ويحتوى على اللسان والأسنان .

وأمراض الفم وأعراضه كثيرة ، منها ما سببه فى الفم ذاته ، ومنها ما هو عام فى الجسم .

(١) جفاف الفم والحلق

قد ينشأ من جفاف الجسم كله بعد إسهال شديد أو عرق غزير ، أو فى مرض البول السكرى . وقد يُحس عند الاستيقاظ من النوم إذا كان الأنف مسدودا (من زكام مثلا) وكان التنفس عن طريق الفم . وكثير من الأدوية يسبب جفاف الفم ، مثل الأتروبين ومشتقاته ، وأدوية القلق والاكتئاب النفسى ، ومضادات الهستامين المستعملة فى علاج الحساسية ، وبعض الأدوية المخفضة لضغط الدم ، والأدوية المانعة للاحتقان فى نزلات البرد والمحتوية على الافيدرين أو مشتقاته ، وموسعات الشعب الرئوية ، والمنبهات كالأمفيتامين .

ومن أهم أسباب جفاف الفم والحلق التوتر العصبى والقلق النفسى والخوف ، كما فى أيام الامتحانات مثلا .

(٢) فقد حاسة الطعم

قد يصاحب فقد حاسة الشم ، كما فى الزكام ، وقد يحدث منفردا فى بعض الاضطرابات العصبية والنفسية ، أو نتيجة لجفاف الفم أو استعمال بعض الأدوية .

(٣) تغير طعم الفم وفساد رائحته

قد ينتج من إهمال نظافة الفم وصحته ، أو من جفافه ، أو التهابه . بعض الأغذية ، وكثير من الأدوية يغير طعم الفم ورائحته . التهابات اللثة والأسنان ، والأنف والجيوب الأنفية ، والحلق واللوزتين ، كلها قد تسبب رائحة كريهة فى النَفس . كذلك بعض الأمراض العامة كتقيحات الرئة ، والفشل الكبدى والفشل الكلوى ، وظهور الأسيتون فى مرضى البول السكرى ، وأمراض الجهاز الهضمى – كلها قد تؤدى إلى فساد طعم الفم ورائحته .

علينا أيضا ، بعد استبعاد الأسباب العضوية ، أن نفكر فى الأسباب النفسية ، فقد تكون هذه الشكوى نوعا من الوسواس .

(٤) حرقة (حرقان) الفم واللسان

قد لا يصاحبه أى تغير فى شكله الظاهرى ، وقد يكون سببه اضطرابا نفسيا ، ولكن علينا دائما قبل أن نقتنع بهذا التفسير أن نستبعد الأسباب العضوية كالأنيميا ونقص فيتامينات المجموعة « ب » كما يحدث فى البلاجرا وفى حالات سوء التغذية وسوء الامتصاص من الأمعاء . التهاب الفم واللسان يصاحبه عادة احمرار فى اللون ، وأحيانا تقرح . وقد تضمر الخليمات التى تغطى اللسان فيصبح سطحه أملس .

(٥) ألم الفم والأسنان

قد تكون أسبابه موضعية ، كتسوس الأسنان أو الإصابة بجروح أو بعدوى ميكروبية ، أو مرضا عصبيا كالتهاب العصب الخامس أو الصداع النصفى ، أو يكون مصدره بعيدا لا يتبادر إلى الذهن كما فى بعض حالات الذبحة الصدرية .

(٦) اللسان الأبيض

تغطى سطحه طبقة أو « فروة » بيضاء أو متسخة ، ويشكو منه الكثير من الناس ، ويربطون بينه وبين الإمساك ، أو نقص إفراز المعدة ، إلا أن الدراسات العلمية لا تؤيد ذلك . معظم أسبابه موضعية ، نتيجة تراكم قشور الحليمات بالإضافة إلى بقايا الطعام وبعض البكتريا ؛ ويزداد هذا التراكم عندما يتعطل نشاط الفم وتتوقف مصادر نظافته كالمضغ وتدفق اللعاب ، وهذا يحدث أثناء النوم ، خاصة إذا كان الأنف مسدودا والتنفس من الفم . كذلك فى الحميات ، وحالات الوهن الشديد ، والأمراض التى تسبب الجفاف ، وفى حالات الغيبوبة .

(٧) اللسان الأسود (المُشعر)

ينشأ من تضخم الحليمات الخيطية التى تغطى سطح اللسان ، وهى حالة قليلة الأهمية ، قد تعقب استعمال المضادات الحيوية أو الإفراط فى التدخين ، وعلاجها دعك اللسان بالفرشاة ، وإزالة السبب .

(٨) تلون الفم واللسان واصطباغهما

يأخذ عادة شكل بقع رمادية اللون أو بنّية ، قد يكون من علامات نقص إفراز الغدة فوق الكلوية أو « الكظرية » (مرض أديسون) ، إلا أنه يعتبر

سمة طبيعية فى أفراد الجنس الأسود . ومن أسبابه أيضا بعض الأدوية ، وبعض الأورام النادرة ، وأمراض الجلد (الحزاز المسطح) .

(٩) اللسان الجغـرافى

تكسوه رقع حمراء وأخرى بيضاء كأنه خريطة جغرافية تتغير معالمها بين يوم وآخر ، وقد تصحبه حرقة خفيفة ، ولكنه قليل الأهمية من الناحية الطبية .

(١٠) تلون الأسـنان

قد يكون سببه موضعيا ، وقد يصيب الأطفال من تعاطيهم أو تعاطى أمهاتهم أثناء الحمل والرضاعة لمركبات التتراسيكلين (كالتراميسين مثلا) ، ويكون اللون بُنياً ولا يزول عادة . لذلك ينصح بتجنب هذه المركبات فى الحامل والمرضع وصغار السن .

(١١) خلخلة الأسنان وسقوطها المبكر

قد يحدث نتيجة مرض عام كالبول السكرى أو من نقص فى كرات الدم البيضاء .

(١٢) نـزف اللثـة

يكون عادة من التهاب اللثة ذاتها ، ولكنه أحيانا يلفت النظر إلى سيولة فى الدم أو خطأ فى تجلطه ، كما فى أمراض الكبد مثلا ، وقد يصاحبه فى هذه الحالة نزف من أماكن أخرى كالأنف أو الجلد مثلا .

(١٣) قـروح الفـم

متعددة الأسباب ، فقد تحدث من جرح أو عض أو حرق أو عدوى

موضعية ميكروبية أو فطرية . إلاّ أن أكثرها شيوعا هى القروح القلاعية ، وهى قروح صغيرة من ٢ – ٤ مللم عادة تظهر على الغشاء المخاطى للشفة أو الشدق ، وقد تكون مؤلمة جدا ولكنها تلتئم خلال أيام ، لتعاود الظهور بعد أسابيع . سببها غير معروف ، وإن كان قد لوحظ ارتباط بينها وبيْن عوامل متعددة ، كالتوتر العصبى ، والحساسية لبعض أنواع الأغذية ، والاستعداد العائلى ، ونقص فيتامين « ب » .

ومن أسباب قروح الفم واللسان الخدش المستمر من ضرس خشن أو تركيب أسنانى غير ملائم . والعلاج الواضح فى مثل هذه الحالات هو استشارة الطبيب الأخصائى لإزالة السبب .

■ **أى قرحة بالفم لا تلتئم خلال أسبوعين أو ثلاثة يجب استشارة الطبيب بشأنها فورا مخافة أن تكون (أو تؤدى إلى) قرحة خبيثة .**

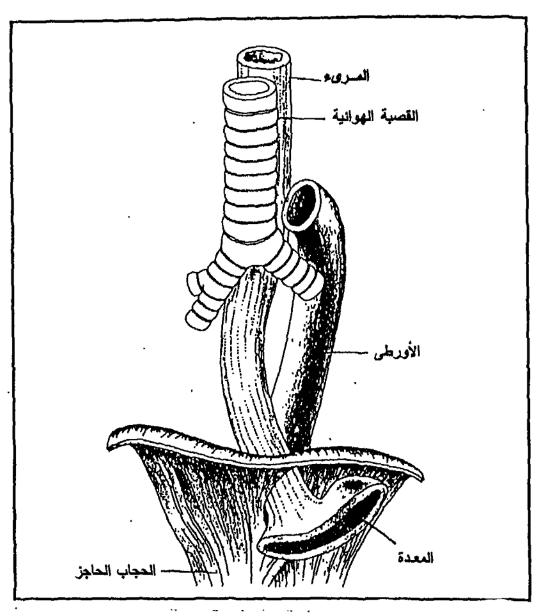
سرطان الفم يصيب عادة الشفة (خاصة الشفة السفلى) أو حافة اللسان ، وهو أكثر شيوعا فى كبار السن ، وقد لا يسبب ألما شديدا فى مراحله المبكرة ، إلا أن علاجه الفعال يتوقف على سرعة اكتشافه مبكرا .

الفصـــل الثـــالث

المـــرىء

المرىء هو جزء القناة الهضمية الموصل بين البلعوم والمعدة . وهو عبارة عن أنبوبة عضلية طولها نحو ٢٥ سم ، تمتد فى حيزوم الصدر (وسط الصدر) حتى تخترق الحجاب الحاجز وتسير لمسافة قصيرة نحو ١,٥ سم فى تجويف البطن قبل أن تفتح فى الفتحة الفؤادية للمعدة (شكل ٤) . وعضل المرىء من طبقتين : داخلية دائرية ، وخارجية طولية ، يغذيهما العصب الحائر . وتتحكم فى مدخل المرىء العضلة العاصرة العليا (وهى العضلة الحلْقية البلعومية) ، كما تتحكم فى مخرجه العضلة العاصرة السفلى المكونة من السنتيمترات الثلاثة أو الأربعة الأخيرة من المرىء ، وهى أشبه بصمام ذى ضغط عالٍ منها بعضلة تشريحية مستقلة .

وفى أثناء البلع تُدفع البُلْعة (كتلة الطعام بعد مضغها) إلى مؤخر الفم ومنه إلى البلعوم بوساطة اللسان ، ويقفل لسان المزمار مدخل الحنجرة ، وتسترخى العضلة العاصرة العليا فتسمح للبلعة بالدخول إلى المرىء ، وتأخذ عضلاته فى الانقباض دافعة البلعة إلى أسفل حتى تصل إلى العضلة العاصرة السفلى التى تسترخى بدورها ليمر الطعام إلى المعدة . واضح أن عملية البلع تحتاج إلى تتابع منسق بين عضلات متعددة : فى الفم واللسان والحلق والبلعوم والحنجرة والمرىء ، وتسيطر عليها الأعصاب الجمجمية الخامس والسابع والتاسع والعاشر والحادى عشر والثانى عشر ، ومراكزها كلها فى جذع الدماغ .



شكل (٤) : المـــرىء

وأهم أمراض المرىء هى :

(١) عســـر البلـــع

عسر البلع يعنى صعوبة الازدراد ، وقد يصاحبه شعور بأن الطعام

أو الشراب يقف لاصقا بالمرىء لا يتحرك ، كما قد يصاحبه ألم خفيف أو شديد يُحَس خلف القص (عظم وسط الصدر الأمامى) أو فى وسط الظهر .

وأسباب عسر البلع كثيرة ، يمكن تقسيمها إلى أسباب قبل المرىء ، وأسباب فى المرىء ذاته .

أسباب قبل المرىء : سبق أن أوضحنا أن المرحلة الأولى من البلع تتم بتعاون الفم واللسان والحلق والبلعوم والحنجرة ، وإصابات هذه الأعضاء تسبب صعوبة فى البلع تُحس مع السوائل أكثر منها مع المواد الصلبة ، لذلك يشرق المريض ويسعل عند محاولة البلع ، ويرتد الطعام من فمه وأنفه ، وقد يتسرب إلى المسالك الهوائية . والأمراض المسببة لذلك قد تكون فى الجهاز العصبى المركزى كما فى تصلب شرايين المخ ، أو فى العضلات ذاتها كما فى مرض وهن العضلات أو شلل الأطفال ، أو نتيجة التهاب فيروسى أو بكتيرى أو فطرى فى الفم أو الحلق واللوزتين أو فى البلعوم ، أو من ضغط خارجى ناشىء عن ورم أو خراج .

أسباب فى المرىء ذاته : أى اضطراب عضوى أو وظيفى فى المرىء قد يؤدى إلى عسر البلع :

– أورام المرىء أهم ما يتبادر إلى الذهن وأول ما يجب استبعاده خاصة فى المرضى المسنين . والأورام الخبيثة فى المرىء أكثر شيوعا من الحميدة ، وهى إما حرشفية فى أعلى المرىء ، أو غدّية عند اتصاله بالمعدة .

– تضيّق المرىء يصيب عادة أسفله ، وينتج عن التهاب مزمن من ارتجاع عصارة المعدة إلى المرىء ، وهو عادة حميد . وهناك نوع آخر من التضيق شائع فى الأطفال نتيجة ابتلاع مواد كاوية كالقلويات والأحماض المركزة –

ثم هناك نوع ثالث نادر نسبيا يصاحب أنيميا نقص الحديد فى السيدات فى منتصف العمر .

– الضغط على المرىء من خارجه قد يكون من ورم فى الحيزوم ، أو تمدد فى الأورطى أو تضخم فى القلب ، أو من نتوءات مفصلية عظمية ، أو من جيوب خارجة من المرىء ذاته .

– ارتجاع عصارة المعدة والاثنا عشرى إلى المرىء من خلال فتحة فؤادية وعضلة عاصرة سفلى غير محكمة قد يؤدى إلى التهاب المرىء وتقرحه وتضيقه ، وهذا قد يحدث عسراً فى البلع يزول بعد علاج السبب .

– اختلال حركة المرىء من أسباب عصبية – عضلية يعوق بلع السوائل والأجسام الصلبة على حد سواء ، ويتخذ أشكالا مختلفة أشهرها ما يسمى بـ « لا ارتخاء المرىء » ، وفيه تفشل العضلة العاصرة السفلى فى الارتخاء عند البلع ويظل الضغط مرتفعا بداخلها ، مما يسبب احتجاز الطعام والإفرازات داخل المرىء ، الذى يفقد توتره الطبيعى ويأخذ فى التمدد والاتساع ، وقد تطفح محتوياته وترتد إلى القصبة الهوائية والرئة فتسبب التهابهما . وعلاج هذه الحالة هو : شق العضلة العاصرة السفلى إما جراحيا ، أو بوساطة موسع يُدخل عن طريق الفم .

– من اضطرابات الحركة فى المرىء أيضا ما يسمى « بتقلص المرىء الشامل » ، وفيه تنقبض عضلات المرىء انقباضا متقطعا ، قد يحدث تلقائيا أو عند البلع ، خاصة بلع المواد الساخنة أو الباردة ، ويسبب ذلك عسرا فى البلع وألما فى الصدر قد يشتبه مع ألم الذبحة الصدرية ، ولذلك يجب فحص القلب جيدا فى مثل هذه الحالات . كذلك تختل حركة المرىء أحيانا فى مرضى البول السكرى ، وفى مرضى تصلب الجلد .

التشخيص : تشخيص السبب فى المريض الذى يشكو من عسر البلع يحتاج إلى فحص إكلينيكى شامل ، بما فى ذلك الاستماع جيدا إلى أعراض المريض وسؤاله عن نوع الأغذية التى يصعب بلعها ، وعن مكان الألم إن وجد ، وهل نقص وزنه أم لا . وهناك بعد الفحص الإكلينيكى وسائل أخرى خاصة مثل أشعة الصدر ، وأشعة المرىء والمعدة بالباريوم ، وفحص المرىء والمعدة بالمنظار . وقد استعمل حديثا قياس الضغط داخل تجويف المرىء بمانومتر خاص كوسيلة لتشخيص هذه الاضطرابات بدقة ودراسة أسبابها .

العـلاج : يكون باستعمال مُرخيات العضلات بما فيها النترات ، والهيوسين ، ومضادات الكولين كالأتروبين وأشباهه ، وذلك طبعا بإشراف الطبيب .

(٢) فتق الحجـاب الحـاجز

أهم أنواع الفتق التى تصيب الحجاب الحاجز هو ذلك الذى يشمل فتحته التى يمر منها المرىء ليتصل بالمعدة . هذه الفتحة قد تتسع فتسمح بانزلاق أسفل المرىء ، ومعه جزء من المعدة ، إلى داخل الصدر . والفتق فى ذاته قد لا يسبب أعراضا إذا بقيت العضلة العاصرة السفلى على حالها من الإحكام ، وإنما تنشأ الأعراض إذا فقدت العضلة العاصرة إحكامها وارتدت عصارة المعدة الحمضية إلى المرى فألهبته . وفقد الإحكام هذا وما يعقبه من ارتجاع وأعراض قد يحدث حتى بدون فتق فى الحجاب ، كما هو شائع أثناء الحمل أو مع البدانة المفرطة .

(٣) الارتجاع من المعدة إلى المرىء

هو أكثر أمراض المرىء شيوعا ، وأهم أسباب حرقان فم المعدة ،

وهو حرقان يزداد مع امتلاء المعدة وخاصة عند الانحناء (كما فى السجود مثلا) أو الاستلقاء خصوصا على الجانب الأيسر ، وقد يمتد الحرقان خلف القص إلى الزور ، وقد ينتشر إلى الظهر . وفى بعض المرضى يرتد الطعام أو عصارة المعدة إلى الفم ، وقد تتسرب إلى الحنجرة أثناء النوم فيشرق المريض ويصحو مذعورا . ويكون الجزء السفلى من المرىء عادة ملتهبا ، وقد يتقرح أو يتليف ويضيق فيسبب عسرا فى البلع ، أو ينزف نزفا بطيئا أو حادا .

وتشخيص هذه الحالة يعتمد أساسا على فحص المرىء والمعدة بمنظار الألياف الضوئية ، أو بأشعة الباريوم ، وقد تحتاج بعض الحالات إلى فحوص خاصة لدراسة وظائف المرىء ، كقياس درجة الحموضة ومستوى الضغط فى جوفه . أما **علاجها** فيتبع الخطوات التالية :

١ - نصائح عامة لمنع الارتجاع :

- تجنب زحم المعدة بالطعام والشراب .
- تجنب النوم بعد الأكل مباشرة (٣ ساعات على الأقل) .
- إنقاص وزن الجسم فى حالة السمنة .
- تجنب الانحناء (فى الكنس أو المسح أو الرياضة أو ربط الحذاء أو الصلاة) .
- رفع رأس السرير بمقدار ١٥ - ٢٠ سم .

٢ - **الأدوية** : مضادات الحموضة (خصوصا المركبات المحتوية على مادة الألجينات) مفيدة فى تهدئة الأعراض وإزالة الحرقان . مضادات الهستامين هـ٢ ، والسكرالفات خاصة فى الحالات الملتهبة والمتقرحة . وهناك

أيضا مجموعة من الأدوية قد تساعد على إحكام قفل العضلة العاصرة السفلى مثل ميتوكلوبراميد ، دومبريدون ، كليبوبريد .

٣ - **الجراحة** : يُلجأ إليها إذا فشل العلاج الباطنى أو كانت هناك مضاعفات مثل تضيق أسفل المرىء . وتهدف الجراحة إلى منع الارتجاع وذلك بدعم العضلة العاصرة السفلى بلفافة من نسيج المعدة ، وإذا كان هناك فتق فى الحجاب الحاجز فإنه يرتق .

(٤) التهـاب المـرىء

أهم **أسبابه** كما أسلفنا هو ارتجاع عصارة المعدة إلى المرىء ، ويكون الالتهاب عندئذ مقصورا على الجزء الأسفل من المرىء . إلا أن المرىء ، قد يلتهب من أسباب أخرى كالتعرض للإشعاع أو ابتلاع مواد كاوية أو أدوية مقرّحة ، أو العدوى بالفيروسات (مثل الهربس) أو البكتريا أو الفطريات . والتهاب المرىء نتيجة العدوى بفطر كانديدا (مونيليا) كثير الحدوث فى ضعاف المرضى وفاقدى المناعة ، خاصة بعد تعاطى المضادات الحيوية ومركبات الكورتيزون ، وهو يسبب ألما شديدا فى مسار المرىء وراء عظم القص ، وقد يستحيل معه البلع حتى لقطرات الماء . ويتأكد **تشخيصه** بالفحص بالمنظار ، **ويعالج** بالأدوية المضادة مثل النستاتين والأمفوترسين والكيتوكونازول ، كما يخفف الألم بالمسكنات والمخدرات الموضعية .

(٥) أورام المـرىء

أهم أورام المرىء هو السرطان ، وهو نوعان : حَرْشَفى ينشأ من الخلايا الحرشفية المبطنة لأعلى المرىء ، وغُدّى ينشأ من أسفله ، أو يمتد إليه من سرطان مجاور فى المعدة . وسرطان المرىء يختلف انتشاره باختلاف البلاد والسلالات ، وهو أكثر شيوعا فى الرجال عنه فى النساء .

الأسـبـاب : من العوامل التى قد تمهد لحدوثه التدخين والمشروبات الكحولية ، وبعض أمراض المرىء كالتضيق ، و « لا ارتخاء » العضلة العاصرة السفلى ، ومتلازمة(*) بلمر وفنسون .

الأعـراض : من المؤسف أن الغالبية العظمى من المرضى بهذا المرض الخطير لا يتم تشخيصهم إلا بعد أن يكون المرض قد انتشر واستفحل ، وذلك لأن أعراضه المبكرة لا تحظى بما تستحق من عناية فى الفحص . من أول هذه الأعراض عسر البلع ، يُحس أولا مع المواد الصلبة ثم يزداد بعد ذلك ليشمل السوائل أيضا . وهناك أيضا ألم تحت القص ، وقد يمتد إلى الظهر ، وفقد للشهية مع نقص فى الوزن وأنيميا . ولما كان المرىء يشغل موقعا استراتيجيا فى الحيزوم ، فإن أورامه قد تضغط على ما يجاوره من أعضاء حيوية وتحدث أعراضا متنوعة مثل بحّة الصوت (من الضغط على العصب الحنجرى الراجع) ، أو تكوين ناسور ينفذ إلى البلورا (غشاء الرئة) أو الشعب الهوائية فيحدث التهابا رئويا ، أو تآكل الأورطّى مؤديا إلى النزف .

التشخيص : يبدأ التشخيص عادة بالفحص بالأشعة بعد بلعة باريوم ، ولكنه يتأكد بالفحص المنظارى مع أخذ عينات خلوية للفحص السيتولوجى وأخرى نسيجية للفحص الهستولوجى . ويستعمل الفحص بأشعة الكمبيوتر المقطعية لتحديد مدى انتشار الورم .

العـلاج : العلاج اختيار بين الجراحة والعلاج الإشعاعى ، أما العلاج الكيميائى فدوره محدود . وفى معظم الحالات يقتصر العلاج على التخفيف من أعراض المرض لأن العلاج الجذرى يكون أوانه قد فات . وكمبدأ عام

(*) المتلازمة : هى مجموعة من الأعراض والعلامات يربطها نمط مشترك فى مرض أو أكثر .

تفضل الجراحة لأورام الثلث الأسفل من المرىء ، أما الثلثان الأوسط والأعلى فلهما العلاج الإشعاعى . وللتخفيف من عسر البلع قد نلجأ إلى توسيع المرىء بالموسعات ، أو إلى كشط الورم بأشعة الليزر ، أو إلى غرس أنبوب يخترق منطقة الورم عن طريق المنظار . وكل هذه الوسائل محفوفة بالمخاطر وتحتاج لمهارات خاصة ، ولا نلجأ إليها عادة إلا إذا استحال العلاج الجراحى أو الإشعاعى أو فشل فى مهمته .

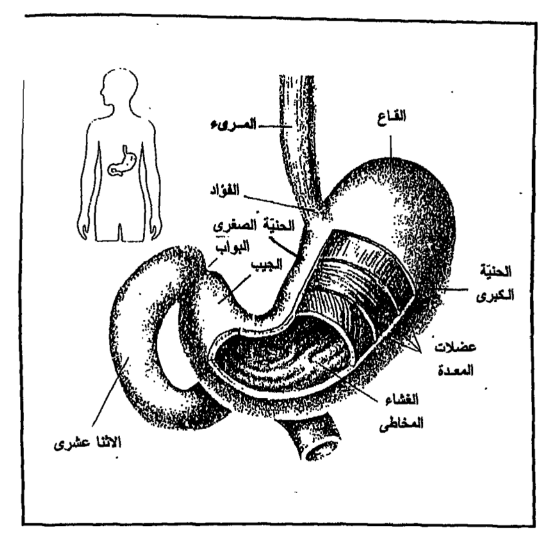
الفصـــل الرابـــع

المعـــدة

المعدة هى جزء القناة الهضمية التى تلى المرىء وتفضى بعدها إلى الأمعاء ، وهى أشبه بكيس متمدد يستوعب الطعام حتى يُطحن وينهضمّ قبل أن يُدفع إلى الأمعاء . تقع المعدة فى الجانب الأيسر العلوى من البطن ، وتتكون من عدة مناطق (شكل ٥) : (١) **الفؤاد** : وهو الفتحة العليا التى توصل من المرىء إلى المعدة ، وسميت بالفؤاد لقربها من القلب . (٢) **القــاع** : وهو الجزء المتسع الذى يعلو الفؤاد ويمتد تحت الحجاب الأيسر (٣) **جسم المعدة** : وهو الجزء الأوسط والأكبر من المعدة ، وأسفله وآخره هو **جيب المعدة** . (٤) **البواب** : وهو الفتحة السفلى التى تفضى إلى الاثنا عشرى . وكلتا الفتحتين ، الفؤاد والبواب ، محكومة بعضلة عاصرة تسيطر عليها وتحفظ الطعام حتى يتم الهضم .

والمعدة فى شكلها العام تشبه حرف اللامّ (ل) ، ولها حَنيَّتان ، حَنيَّة كبرى محدبة إلى اليسار ، وحنية صغرى مقعرة على اليمين . وحجم المعدة يتفاوت تفاوتا بيّنا ، وسعته فى متوسط البالغين نحو لتر .

ويتكون جدار المعدة من طبقتين رئيسيتين : طبقة عضلية ، وطبقة أخرى مبطِّنة وهى الغشاء المخاطى . أما **الطبقة العضلية** فهى فى الحقيقة مكونة من ثلاث طبقات من الألياف العضلية : خارجية طولية ، ووسطى دائرية ، وداخلية مائلة . ووظيفة عضلات المعدة طحن الطعام وخلطه بعصارة المعدة



شكل (٥) : المعـــدة

حتى يصبح سائلا غليظا ، وهو المسمى **بالكيموس** ، ثم دفعه نحو الأمعاء بفضل موجات من التقلص تسرى فى المعدة من أعلاها إلى أدناها ، مرة كل نحو ٢٠ ثانية ، وهو ما نسميه « التَّمعُّج » .

أما **الغشاء المخاطى** فيتجمع فى ثنيّات طويلة عندما تخلو المعدة ، ولكنه ينبسط عندما تمتلىء . وتكسو الغشاء المخاطى طبقةٌ من المخاط له أهميته فى حماية جدار المعدة . أما الغدد المَعِدية المنتشرةِ فى الغشاء فلها وظائف كثيرة

أهمها إفراز حمض الكلوردريك اللازم لهضم الطعام ، وإنزيم الببسين الذى يحلل البروتين ، ثم العامل الداخلى المنشأ اللازم لامتصاص فيتامين ب١٢ .

وظيفتا المعدة الرئيسيتان إذن هما **طحن الطعام وهضمه** ، أما الامتصاص فدوره محدود : بعض الماء والالكتروليات ، وبعض الأدوية كالكحول والأسبيرين . ويتم إفراغ المعدة من الطعام لفترة تتراوح بين ٣ إلى ٥ ساعات . وتستمر تموجات التقلص (التمعج) حتى بعد فراغ المعدة ، فإذا طال الانتظار أحس الإنسان بلذع (قرص) الجوع .

تحكُم أداء المعدة عواملُ متعددة ، منها أعصاب المعدة وهى على نوعين : سمبثاوى ، وباراسمبثاوى وهو **العصب الحائر** الذى يسيطر على إفراز الحمض . ومنها أيضا هرمونات وإفرازات كيميائية تسرى فى الدم ، أهمها « جاسترين » و « هستامين » ، ودورهما فى إفراز الحمض أيضا مسيطر . أضف إلى ذلك العوامل النفسية كالتوتر والقلق . وسنرى أهمية هذه الحقائق الفسيولوجية لفهم وظيفة إفراز الحمض فى المعدة وكيف نقاومه فى علاج القرحة الهضمية .

■ **هناك حقيقة علمية معروفة ، وهى أن الاثنا عشرى رغم أنه جزء من الأمعاء الدقيقة ، إلا أنه ، وخاصة جزءه الأول التالى مباشرة للمعدة ، يعتبر امتداداً للمعدة من الناحية الوظيفية على الأقل ، فهو دائما معرض للحمض ومستهدف للتقرح ، ولذلك كانت قرحة الاثنا عشرى أكثر شيوعا من قرحة المعدة ، وإن كان الناس للسهولة يطلقون مصطلح « قرحة المعدة » لتعنى الاثنتين .**

وأهم الأمراض التى تحل بالمعدة :

(١) عســر الهضــم

« عسر الهضم » مصطلح من الصعب تعريفه ، وشكوى كثيرا ما تستعمل بصورة غير محددة لتشمل طائفة من **الأعراض** منها :

- وجع أو ضيق أو « كَتمة » فى أعلى البطن ، مرتبط أو غير مرتبط بتناول الطعام .

- حرقان فى فم المعدة ، أو حموضة ترتد إلى الفم .
- انتفاخ ، وشعور بالامتلاء ، ورغبة فى التجشؤ .
- فقد الشهية أو الغثيان أو القىء .
- عسر البلع .

الأسـباب : هذه الأعراض تنشأ من أسباب عديدة ، منها ما هو تافه مثل عسر الهضم العصبى ، ومنها ما هو بالغ الخطورة مثل سرطان المعدة أو البنكرياس ، ومنها ما هو خارج الجهاز الهضمى أصلاً .

والتفريق بين ما هو « عضوى » وما هو « غير عضوى » من هذه الأسباب هو لب المشكلة ، لأن **الأمراض « العضوية »** كالقرحة أو الورم أو الالتهاب من اليسير تشخيصها بوسائل موضوعية ، أما **الأمراض « غير العضوية »** أو « الوظيفية » أو « النفسجسمية » وهى تشكل نحو ٤٠٪ من هذه الحالات ، فتشخيصها يعتمد أساسا على اعتبارات ذاتية مرتبطة بالمريض والطبيب ، ولذلك يجب علينا استنفاد كل وسائل التشخيص المتاحة قبل استبعاد الأسباب العضوية واعتبار الحالة اضطرابا وظيفيا أو نفسجسميا .

ولما كان معظم أمراض الجهاز الهضمى قد يكون سبباً فى عسر الهضم ، أضف إلى ذلك أمراضا أخرى كثيرة خارج هذا الجهاز كأمراض القلب أو الرئة أو الكلى مثلا ، لذلك فإن أسباب عسر الهضم كثيرة ، والتفريق بينها يعتمد على حسن الإصغاء إلى المريض وتحليل أعراضه أكثر مما يعتمد على الفحص السريرى . ورغم أن هناك أنماطاً مختلفة ومميزة من عسر الهضم ، مثل « عسر الهضم المصاحب للقرحة » و « عسر الهضم المصاحب لأمراض

المرارة » و « عسر الهضم العصبى » ... الخ ، إلا أن الأعراض والعلامات كثيرا ما تختلط وتتشابه حتى ليصعب التمييز بينها . وسيجد القارىء تفاصيل كثيرة عن عسر الهضم فى أجزاء الكتاب الأخرى ، وخاصة تحت عناوين « عسر البلع » و « الغثيان والقيء » و « القرحة الهضمية » ، وسنكتفى هنا بذكر بعض علامات الأسباب الرئيسية لعسر الهضم :

– **فى حالة القرحة الهضمية يُحس التعب فى فم المعدة ، ويكون عادة** مرتبطا بالطعام ومواعيده . يصفه المريض بأنه « سَحْبة روح » أو « قرص جوع » ، يزول بعد تناول الطعام ليعود مرة أخرى بعد ساعتين أو ثلاث (إذا كانت القرحة فى الاثنا عشرى) ، وهو قد يوقظ المريض من نومه ، وقد ينتشر إلى الظهر . مثل هذا الألم قد يكون موسميا ، يأتى « مع تغيير الفصول » أو « فى دخلة الشتاء » ، وقد يؤدى إلى نزف يرى فى القيء أو فى البراز .

– فى حالة **الارتجاع الحمضى من المعدة إلى المرىء** يُحس بحرقان فى فم المعدة وخلف القص حتى الزور ، وكثيرا ما يرتبط هذا الشعور بوضع الجسم ، عند الانحناء أو الرقاد على الجانب الأيسر مثلا ، وقد « يشرق » المريض أثناء النوم ويصحو مختنقاً مذعورا ، وقد يرتد الحمض حتى يصل إلى فمه الذى يمتلىء باللعاب .

– **مريض السرطان (المعدة – البنكرياس) ألمه مستمر ، وقد يزداد من مزاحمة الطعام بعد الأكل . والمريض عادة فاقد الشهية زاهد فى الطعام ، خاصة اللحم ، سريع الشعور بالامتلاء ، ميال للقيء ، وقيؤه قد يحتوى على طعام مرّت على تناوله ساعات عدة ، وقد يكون مُدمّى أو عفن الرائحة . ويكون وزن المريض عادة فى تناقص مستمر .**

– **مريض الكبد** ، وخاصة الالتهاب الكبدى الحاد ، يعاف الطعام

ولا يطيق رؤيته ، وإذا كان فى الأصل مدخناً فهو لا يطيق رائحة الدخان ، ونفسيته عموما مكتئبة ، وهو ميال للقرف والقيء ، وأكثر ألمه فى فم المعدة ، وهو ليس بالألم الشديد .

– مرض المـرارة أكثر شيوعا فى النساء ، خاصة المرأة البدينة متعددة الولادة ، ولكنه قد يصيب الرجل النحيف أيضا ، وأحيانا يرى فى أكثر من فرد فى الأسرة الواحدة . ألمه مرتبط عادة بتناول الطعام ، خاصة الأطعمة الدسمة ، يُحس فى فم المعدة ، أو فى منطقة المرارة فى الجانب الأيمن العلوى من البطن ، وقد ينتشر إلى الكتف أو اللوح الأيمن ، ومعه شعور بالكتمة ورغبة فى التجشؤ ، وكثيرا ما يبدأ أثناء الليل ويوقظ المريض من نومه . وفى المرضى بحصوات المرارة والقنوات المرارية قد يتخذ الألم صورة حادة فى شكل مغص مرارى ، وهو من أعنف أنواع المغص ، يتلوى فيه المريض من الألم ، ويتقيأ ، وقد ترتفع حرارته ويقشعر ثم يصفر لونه ويحمر بوله . مرض المرارة شائع أثناء الحمل ، وفى مرضى البول السكرى ، والمصابين بارتفاع نسبة الكولسترول فى الدم . ومرضى المرارة ميالون للإمساك ، دائمو الشكوى من الانتفاخ والغازات .

– أمراض البنكرياس أيضا قد تسبب عسر الهضم ، خاصة الالتهاب المزمن ، وهو مرض متقلب ، وألمه يحس فى فم المعدة وينتشر عادة إلى الموقع المقابل له فى الظهر ، مما يدفع المريض للانحناء فى محاولة لتخفيف الألم . وفى الحالات المزمنة تتأثر وظائف البنكرياس مما يؤدى إلى ظهور البول السكرى أو الإسهال الدهنى . ومرض البنكرياس قد يصاحب حصوات المرارة أو ينتج من إدمان الخمر .

■ **مرض البنكرياس من الأمراض التى لا تخطر على بال كثير من الأطباء عند تشخيصهم لسبب عسر الهضم ، حتى سُمى البنكرياس « يتيم الجهاز الهضمى » .**

– الإفراط فى **التدخين** ، **وشرب الخمر** ، وكثير من **الأدوية** (الأسبيرين ، مضادات الالتهاب المستعملة فى علاج الروماتيزم ، بعض المضادات الحيوية ، الديجيتالس ، الأمينوفلين ، مركبات الحديد ، وعشرات أخرى غيرها) قد تسبب عسر الهضم .

– كذلك قد ينشأ عسر الهضم من **أمراض خارج الجهاز الهضمى** وخاصة أمراض القلب (أمراض الشرايين التاجية ، تلف الصمامات ، هبوط القلب) ، والرئة (التهاب الشُعَب المزمن ، الربو ، ضيق المسالك الهوائية) ، والكلى (الفشل الكلوى وارتفاع نسبة البولينا فى الدم) ، وأمراض الغدد الصماء والأيض(*) (النقرس ، البول السكرى ، اضطرابات الغدة الدرقية والغدة فوق الكلوية) .

– علينا دائما أن نستبعد **الأمراض الخبيثة** فى أى مريض مُسِنٍ حديث العهد بعسر الهضم .

– بعد كل ذلك يحق لنا أن نفكر فى **عسر الهضم العصبى أو النفسى** . مثل هذا المريض يكون عادة فى حالة صحية لا بأس بها ، لا تتناسب مع شكواه ، وأعراضه متعددة ومتقلبة وغير مُقْنِعة ، وتعبه يبدأ مع الاستيقاظ من النوم ولكن يندر أن يوقظه فى وسط الليل . ومكان الألم غير محدد ، بل إن المريض يتألم بطريقة مسرحية مبالغ فيها من أى مكان يتحسسه الطبيب بيده . ولا يجد المريض الراحة التامة من أى دواء ، وهو عادة يشكو من أعراض عصبية أخرى بالجهاز الهضمى مثل القولون العصبى بأمغاصه وغازاته واضطراب برازه .

(*) الأيض : هو حصيلة العمليات الكيميائية المعقدة المسئولة عن البناء والهدم فى الجسم .

التشخيص : الفحص الإكلينيكى لمريض عسر الهضم قد لا يكشف عن الكثير : مكان مؤلم فى البطن ، أو ورم محسوس ، أو مرارة منتفخة ، أو كبد متضخم ، أو عقدة لمفية فوق الترقوة اليسرى (عقدة فيركو) . أما الفحوص الخاصة كاستعمال المناظير ، والموجات فوق الصوتية ، والأشعة العادية ، وأشعة الكمبيوتر المقطعية ، والتحاليل المعملية بأنواعها فسيأتى ذكرها بالكتاب فى الأجزاء الخاصة بالأسباب المختلفة .

والعلاج ، طبعا ، يتوقف على تحديد السبب وعلاجه .

(٢) الغثيان والقىء

□ **الغثيان** هو شعور « بالغممان » مع نفور من الطعام وميل إلى القىء ، ويصاحبه عادة غزارة فى إفراز اللعاب .

□ **التهوّع** هو محاولة للقىء غير مكتملة ، تبدأ بشهيق قصير لا تنفتح له الحنجرة ، يعقبه زفير تنقبض معه عضلات البطن دون قىء .

□ **القىء** هو قذف محتويات المعدة بقوة من خلال الفم .

□ **الارتجاع** هو ارتداد الطعام من المرىء إلى الفم دون جهد .

□ **الاجترار** (*) هو استعادة جزء من الطعام المبلوع إلى الفم حيث يمضغ ويبلع من جديد ، وهى حالة نادرة لا ترى عادة إلا فى المرضى النفسانيين .

هناك مركز للقىء فى الدماغ ، ترد إليه المؤثرات عن طريق العصب

(*) الاجترار عند الإنسان مختلف عنه عند الحيوان حيث المعدة مقسمة إلى ٤ غرف ، واحدة منها تختزن الطعام فترة ثم تعيده للفم لهضمه ، أما فى الإنسان فهو عادة نفسية .

الحائر والأعصاب السمبثاوية . ويختلف استعداد الناس للغثيان والقيء اختلافا بيّنا ، فالبعض يجد صعوبة بالغة فى أن يتقيأ ، وآخرون يتقيأون من مجرد استعمال فرشة الأسنان .

الأسباب : أسباب الغثيان والقيء لا حصر لها ، ولكننا سنجمل أهمها فى القائمة التالية :

١ - **أمراض الجهاز الهضمىّ :** التهاب المعدة ، التهاب الزائدة الدودية ، التهاب المرارة ، التهاب البنكرياس ، القرحة الهضمية ، سرطان المعدة ، انسداد الفتحة البوابية للمعدة ، الانسداد المعوى .

٢ - **الحميات الحادة :** الحصبة ، السعال الديكى ، الالتهاب الرئوى ، الالتهاب الكبدى الفيروسى ، النزلات المعوية والتسمم الغذائى .

٣ - **أمراض الجهاز العصبى :** ارتفاع الضغط داخل الجمجمة (من ورم بالمخ أو غيره) ، الالتهاب السحائى ، الصداع النصفى ، أمراض الأذن الداخلية (التيه والدهليز) ، أمراض الجهاز العصبى المستقل ، الاضطرابات النفسية المختلفة (القيء قد يكون تعبيرا عن الرفض) .

٤ - **اضطرابات الأيض :** مرض السكر (وخاصة المصحوب بالأسيتون) ، الفشل الكلوى وارتفاع نسبة البولينا فى الدم ، ارتفاع نسبة الكالسيوم فى الدم ، مرض أديسون (نقص إفراز الغدة فوق الكلوية أو « الكظرية ») .

٥ - **الحمل .**

٦ - **بعض الأدوية :** الأسبيرين ، المسكنات والمخدرات ، الديجوكسين ، الأمينوفلين ، الأدوية السامة للخلايا (المستعملة فى علاج السرطان) ،

مركبات الحديد ، مركبات السلفا ، بعض المضادات الحيوية كالتتراسيكلين ، الهرمونات الأنثوية (الإيستروجين) .

٧ - **أسباب أخرى متنوعة :** الحساسية لبعض أنواع الطعام ، التعرض للإشعاع ، انسداد الشريان التاجى ، هبوط القلب .

التشخيص : تشخيص سبب القيء يحتاج أول شيء إلى الاستماع الجيد لقصة المريض : متى بدأ القيء ، وما ملابساته ؟ هل له علاقة بتناول الطعام ، أو بتعاطى أدوية معينة ، أو بشرب الخمر ؟ هل يصاحبه ألم ؟ وما نوع هذا الألم وما مكانه ؟ هل أصيب به آخرون من المخالطين للمريض ؟ هل هو مصحوب بأعراض أخرى ، كالصداع ، أو الدوار ، أو اضطراب السمع أو البصر ، أو ارتفاع الحرارة ، أو إمساك أو إسهال ؟

إن القيء فى الصباح الباكر شائع فى الحمل ، وفى مدمنى الخمر ؛ وقد يكون سببه تساقط إفرازات من الجيوب الأنفية عند الاستيقاظ من النوم ، أو نوبة من السعال تنتهى بالقيء كما فى مرضى النزلات الشعبية المزمنة ، والقيء الذى يحدث بعد الأكل مباشرة كثيرا ما يكون سببه اضطرابا نفسيا ، أو انسدادا فى بواب المعدة .

ولون القيء أيضا قد يفيد فى التشخيص ، فهو إذا كان متكررا ويخلو دائماً من التلون بصفراء المرارة ، دل ذلك على انسداد فى مخرج المعدة ، ونفس الشيء يقال إذا كان القيء محتويا على طعام مَرّ على أكله ٨ ساعات أو أكثر . وقيء الدم قد يتخذ اللون الأحمر الصريح ، أو يكون بنياً مثل « تنوة » القهوة ، ويجعلنا نفكر فى القرحة ، ودوالى المرىء ، وأورام المعدة . وهناك نوع من القيء يبدأ خاليا من الدم ، وبعد أن يتكرر عدة مرات يخرج مضرجا بالدم ، وهذا قد يكون سببه تمزقا فى أسفل المرىء فيما يعرف بمتلازمة مالورى وفايس . وأحياناً يكون القيء لاذعا حتى لتضرس منه أسنان المريض ،

مما يدل على فرط إفراز الحموضة ، أو تكون له رائحة البراز كما فى حالات الانسداد المعوى .

ثم يأتى بعد ذلك **فحص المريض** ، ويجب أن يكون فحصا كاملا شاملا ، بما فى ذلك فحص الأنف والأذن ، وفحص العين وقاعها ، وإجراء التحاليل المعملية كتحليل الدم للسكر والبولينا والصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم ، وفحص المعدة والأمعاء بالمنظار وبالأشعة ، ثم أى فحوص أخرى قد يتطلبها تشخيص السبب .

العــلاج : إن علاج الغثيان والقيء يهدف أساسا إلى تحديد السبب وإزالته كلما أمكن ذلك . وهناك أدوية قد تساعد فى منع الأعراض أو تخفيفها مثل مركبات الفينوثيازين ، وبعض مضادات الهستامين ، وميتوكلوبراميد ، ودومبريدون ، والهيوسين . وتستعمل هذه الأدوية أحيانا بصفة وقائية لمنع الدوار والقيء اللذين يصاحبان ركوب السيارات والطائرات والبواخر فى بعض الناس . وإذا تكرر القيء أو استمر تعرض المريض للجفاف ولاختلال كيمياء الجسم ، وخاصة لفقد الصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد ، وقد يترتب **على ذلك قلوية الدم – وكلها أمور بالغة الأهمية يجب تداركها باللجوء فورا للطبيب وحقن المحاليل المناسبة .**

(٣) التهــاب المعــدة

التهاب المعدة قد يكون حادا أو مزمنا ، وهو على أنواع . وكثيرا ما يختلف التشخيص بين الفحص المنظارى والفحص الهستولوجى للأنسجة ، وإن كان الثانى هو المرجع عادة فى الحالات الخلافية . ويكتسب التهاب المعدة المزمن أهمية خاصة من حيث علاقته بمرضين هامين من أمراض المعدة ، وهما القرحة والسرطان .

وهناك ٣ أنواع من التهاب المعدة :

١ - ***التهاب المعدة التآكلي :*** هو التهاب حاد يصاحب عادة الإجهاد الناشيء من إصابات الحوادث أو الحروق أو التقيحات ، وقد ينشأ أيضا من ابتلاع المواد المؤذية للمعدة كالكحول والأدوية المضادة للالتهاب . **وأعراضه** هي عسر الهضم وألم في فم المعدة ، وقد ينزف أحيانا . **وعلاجه** يكون بإزالة سببه ، إن أمكن ، وباستعمال الأدوية الخاصة بعلاج القرحة .

وهناك نوع مزمن من الالتهاب التآكلي يتميز بتكوين بثور شبيهة ببثور الجدري في الغشاء المخاطي للمعدة وخاصة جيبها ، ويسبب فقد الشهية ونقص الوزن والأنيميا ؛ سببه غير معروف ، وليس له علاج محدد ، وإن كانت أدوية القرحة ، وأحيانا مركبات الكورتيزون ، قد تفيد . والفحص المنظاري مع أخذ عينات نسيجية ضروري في هذه الحالات لتمييزها عن غيرها وخاصة الأورام اللمفية والسرطانية .

٢ - ***التهاب المعدة المراري :*** سببه ارتجاع محتويات الاثنا عشري القلوية ، ومن بينها أملاح الصفراء وإنزيمات البنكرياس ، إلى المعدة فتلهبها . **أعراضه** حرقان في فم المعدة بعد الأكل ، قيء مراري أصفر ، أنيميا ، وفقد الوزن . يحدث هذا الالتهاب عادة بعد العمليات الجراحية على المعدة التي يفقد فيها البواب وظيفته العازلة . **علاجه** صعب ، وقد يستجيب لمركبات الألومنيوم (فوسفالوجل) ، أو للسكرالفات ، أو الأدوية المنظمة لتفريغ المعدة مثل الميتوكلوبراميد والدومبريدون ، وإلاّ لجأنا إلى الجراحة لتوصيل جزء من الصائم بين المعدة والاثنا عشري .

٣ - ***التهاب المعدة المزمن :*** منه نوعان رئيسيان ، يرتبط أحدهما بسرطان المعدة ، والآخر بالقرحة :

□ النوع الأول هو **الالتهاب المناعي أو الضموري المزمن** ، سببه

وجود مناعة ذاتية ضد الخلايا الجدارية والعامل الداخلى بالمعدة ، يؤدى إلى ضمورها ومن ثم إلى فقد الحموضة وإلى الأنيميا الوبيلة(*) . هذا النوع يصيب قاع المعدة دون جيبها ، وقد لا تحدث عنه أعراض ذات بال ، كما أن تشخيصه بالأشعة وبالمنظار قد يكون صعبا ، ولكنه يتأكد بالفحص الهستولوجى للعينات النسيجية المأخوذة بالمنظار . وهناك علاقة إيجابية بين هذا النوع من الالتهاب وبين سرطان المعدة ، ولو أن تقدم السن فى حد ذاته يصاحبه التهاب سطحى وضمور تدريجى فى الغشاء المخاطى للمعدة كأمر « طبيعى » .

☐ النوع الثانى من الالتهاب المزمن هو ذلك المصحوب **بفرط الإفراز** من المعدة ، وهو يصيب جيب المعدة دون قاعها ، وتتكاثر فيه خلايا النسيج المبطن للمعدة . وهذا النوع من الالتهاب وثيق الصلة بقرحة المعدة وقرحة الاثنا عشرى ، ولكن لا علاقة له بالسرطان .

هناك أيضا أنواع نادرة من التهاب المعدة المزمن ، مثل **تدرن** (**سل**) **المعدة** ، **ومرض « كرون »** ، وإصابة المعدة **بفطر « كانديدا »** .

وهناك أخيرا نوع نادر من **تضخم الغشاء المخاطى للمعدة يسمى « مرض منيتربيه »** ، قد يؤدى إلى فقد بروتين الدم وظهور الأوديما(**) فى الجسم ، ويجب تشخيصه بدقة عن طريق عينات نسيجية حتى لا يختلط الأمر بينه وبين الأورام الخبيثة .

(*) الأنيميا الوبيلة أو الخبيثة ، وقد فضلنا وصف « الوبيلة » حتى لا تختلط بالمفهوم الشائع عن الأورام الخبيثة .

(**) الأوديما : تراكم الماء فى أنسجة الجسم وانتفاخه .

(٤) القـرحة الهضميـة

القرحة الهضمية هى ثغرة أو صدع فى الغشاء المخاطى المبطن للجزء العلوى من القناة الهضمية : المرىء (وخاصة أسفله) ، والمعدة ، والاثنا عشرى (وخاصة أوله) .

الأسـباب : رغم أن أسباب القرحة وأعراضها تختلف باختلاف الجزء المصاب بها ، إلاّ أن هناك عناصر مشتركة بينها جميعا يمكن إجمالها فى الحقيقة التالية : وهى أن القرحة تنتج من اختلال التوازن الدقيق بين العوامل التى تحافظ على سلامة الغشاء المخاطى وتحميهُ ، وتلك التى تهاجمه وتؤذيه . وسلامة الغشاء المخاطى تتوقف على استمرار سريان الدم فى أوعيته ، وعلى تجديد خلاياه ، وإفرازه للمخاط والبيكربونات ، وكذلك على إفراز مواد معينة تسمى « بروستاجلاندين » تحمى خلايا الغشاء وتكبح إفراز الحمض .

أما العوامل التى تتهدد الغشاء المخاطى وتؤذيه فمتعددة ، أهمها حمض الكلوردريك وإنزيم الببسين ، وهما إفرازان طبيعيان لازمان لهضم الطعام ولا أذى منهما فى المعدة الطبيعية ، إلا أن أذاهما يبدأ عندما تنهار قوى الدفاع والحفاظ على سلامة الغشاء المخاطى كما أسلفنا وتشرع المعدة فى هضم نفسها . ومن « العناصر الهدامة » أيضا الأسبيرين ، ومركبات الكورتيزون ، وكثير من الأدوية المضادة للالتهاب والمستعملة فى علاج أمراض المفاصل والروماتيزم . كذلك الكحول (الخمور) والنيكوتين (التدخين) . ومن المواد المؤذية للغشاء المبطن للمعدة أملاح الصفراء (المرارة) متى ارتدت إليها من الاثنا عشرى . ثم هناك التوتر العصبى والإجهاد . وقد أثير حديثا احتمال إصابة المعدة بميكروب يسمى « هليكوباكتر » يساعد على إحداث القرحة فى بعض الحالات .

أولاً : قرحة الاثنا عشرى :

هى أكثر أنواع القرحة الهضمية شيوعا ، وتختلف نسبة الإصابة بها من بلد إلى آخر ، فهى مثلا تصيب ١٠٪ من الشعب البريطانى ، ولكنها أكثر شيوعا فى اسكتلندا منها فى جنوب انجلترا . وهى تصيب الرجال أكثر من النساء ، وأغلب مرضاها فى منتصف العمر .

أعـراضها : أشهر أعراضها ألم أو حرقان يُحس فى فم المعدة وأعلى البطن ، وقد ينتشر إلى الصدر أو الظهر ، يظهر عادة عند خلاء المعدة (ساعتين أو ثلاثة بعد الأكل) ، ويزول بتناول الطعام أو اللبن أو الأدوية المضادة للحموضة ، وقد يوقظ المريض من نومه . وهو أحيانا يتخذ شكل ضيق عام بالبطن غير محدد المكان ، وقد يصحبه غثيان أو قىء أو نزف من الجهاز الهضمى . وشهية المريض عادة طبيعية ، إلاّ أن خوفه من عسر الهضم والألم قد يزهده فى الطعام فينقص وزنه ، وقد يحدث العكس فيكثر المريض من تناول الطعام أو اللبن لتسكين الألم فيزداد وزنه .

المضاعفات : القرحة بطبيعتها مزمنة ومعاودة ، وأهم مضاعفاتها النزف ، وضيق فتحة البواب ، والانثقاب (الانفجار) ، وكلها أمور قد تستلزم التدخل الجراحى . وهناك نوع نادر من القرحة يتميز بعنفه وصعوبة علاجه ، ويسمى بمتلازمة زولنجر وإليسون ، وتكون فيه نسبة هرمون « الجاسترين » مرتفعة فى الدم .

التشخيص : تشخيص القرحة الهضمية يعتمد أساسا على الفحص بمنظار الألياف الضوئية الذى يعطى تفاصيل أدق مما يعطيه الفحص بأشعة الباريوم .

العـلاج : تتبع فيه الخطوات التالية :

١ – **تنظيم حياة المريض :** بتجنب الإجهاد قدر الإمكان ، وتناول الطعام

فى مواعيد منتظمة ، والإقلال من التدخين والمشروبات الكحولية .

٢ - **الغـذاء** : يُنصح المريض بتجنب الأغذية التى يعرف من تجربته أنها عسرة الهضم ، أما ما عداها فله أن يأكل منها ما يشاء . إن العلاج الحديث للقرحة لا يعتمد على القواعد الصارمة والقيود المشددة التى كانت تفرض فى الماضى على أنواع الأغذية ، ومنها « غذاء اللبن » العتيد .

٣ - **الأدوية** : هناك مجال للاختيار بين فصائل متعددة :

(أ) مضادات الحموضة : كانت قديما هى عماد العلاج ، أما الآن فدورها يقتصر على علاج الأعراض متى كانت إليها حاجة . أكثرها فعالية فى معادلة الحمض هى مركبات المغنسيوم ، إلا أنها تسبب الإسهال ، ولذلك تضاف إليها عادة مركبات الألومنيوم أو الكالسيوم .

(ب) مضادات الهستامين من نوع « هـ$_2$ » : مثل سيمتدين ورانتدين وفاموتدين ، تبطل مفعول الهستامين الذى ينبه خلايا المعدة المفرزة للحمض . وقد أحدث اكتشاف هذه المركبات انقلابا فى علاج القرحة الهضمية لما لها من أثر فعال فى إزالة الأعراض والتعجيل بالتئام القرحة ، إلا أن كثيرا من المرضى تعاودهم الأعراض بعد التوقف عن تعاطى الدواء ، مما يستلزم العودة إليه والبقاء عليه مدة طويلة قد تمتد إلى سنة أو أكثر . ولهذه المركبات بعض الأعراض الجانبية مثل اضطراب الأمعاء ، واختلال وظائف الكبد ، وتضخم الثديين فى الرجال . وكلها نادرة الحدوث ، وتزول بعد التوقف عن تعاطى الدواء .

(جـ) سكرالفات : هذا الدواء عبارة عن سكر (سكروز) محتو على عدة مجموعات من السلفات وعلى الألومنيوم . وهو فى المعدة يتحول إلى عجينة لزجة تلتصق بقاع القرحة فتحميها وتعجل بالتئامها ، كما أنها تبطل

المفعول الأكّال للببسين وأملاح الصفراء . وهذا الدواء فعال فى علاج قرحة المعدة وقرحة الاثنا عشرى ، وكفاءته فى ذلك مساوية تقريبا لمضادات الهستامين هـ٢ السابق ذكرها ، وقد يفضلها فى طول مدة الشفاء قبل انتكاس الأعراض والعودة إلى استعمال الدواء . وأعراضه الجانبية نادرة ، أهمها الإمساك .

(د) أومبرازول : هذا دواء حديث شديد الفعالية فى وقف إفراز الحمض من خلايا المعدة ، لا بمضادة الهستامين أو الأستيل كولين ، بل بإبطال ما يسمى « بمضخة البروتون » داخل الخلية .

(هـ) البزموت الغروى : يكون هذا الدواء طبقة موضعية فوق القرحة تحميها وتعجل بالتئامها . وهو أيضا فعال فى علاج الحالات المصحوبة بعدوى ميكروب « هليكوباكتر » . من أعراضه الجانبية تسويد لون اللسان والأسنان والبراز .

(و) مضادات الأستيل كولين مثل الأتروبين وأشباهه : كانت شائعة الاستعمال قديما فى علاج القرحة رغم أعراضها الجانبية كجفاف الفم واضطراب الإبصار أو التبول ، إلا أن استعمالها الآن قل كثيرا عن ذى قبل . يستثنى من ذلك أحد مركباتها الحديثة وهو بيرنزبين ، فهو أكثر منها فعالية فى علاج القرحة وأقل أعراضا جانبية .

(ز) بروستاجلاندين : دواء مزدوج المفعول ، فهو يحمى الغشاء المخاطى ويمنع إفراز الحمض . ارتفاع ثمنه يحد من انتشاره ، ولكنه قد يفيد فى المرضى الذين لا يستجيبون لغيره من الأدوية . يستحسن تجنبه فى الحوامل من النساء .

(ح) أدوية مساعدة فى علاج الأعراض : تخلط عادة مع مضادات

الحموضة ، مثل المخدر الموضعي أوكسيثازين ، ومركبات السليكون المزيلة للغازات .

٤ – **الجـراحة :** قلّ اللجوء إلى الجراحة لعلاج القرحة فى العقدين الأخيرين عن ذى قبل ، ولعل ذلك راجع إلى الأدوية الحديثة الفعالة . ودواعى العلاج الجراحى هى مضاعفات القرحة : النزف ، وانسداد الفتحة البوابية ، وانثقاب (انفجار) القرحة – يضاف إليها تلك الحالات العصيّة التى لا تستجيب للعلاج الباطنى . وهذه الأخيرة يجب أن يُتخذ قرار الجراحة فيها بعد تأنٍ وتمعنٍ يشارك فيه المريض والطبيب الباطنى والجراح ، ويثبت منه أن المرض أصبح ينغص على المريض حياته ويهددها ، ذلك لأن للجراحة مشاكلها كما أن لها فوائدها .

وهناك عدة أنواع من العلاج الجراحى لقرحة الاثنا عشرى . فالعصب الحائر الذى ينبه الخلايا الحمضية قد يقطع عند جذعه ، وهذا قد يؤثر على حركة المعدة وتفريغها لمحتوياتها ، ولذلك جرت العادة على الجمع بين القطع الجذعى للعصب الحائر وبين رأب البواب أو توصيل المعدة بالأمعاء ، وذلك لمنع ركود الطعام فى المعدة . وهناك جراحة أخرى يقطع فيها العصب الحائر قطعا انتقائيا ، أى تقطع فروعه المؤدية إلى قاع المعدة وجسمها حيث الخلايا المفرزة للحمض ، وتترك الفروع الواصلة إلى جيب المعدة فلا تتأثر حركته ولا يتعطل تفريغ المعدة .

ثانياً : قرحة المعدة :

أهم اعتبار فى تشخيص قرحة المعدة وعلاجها هو تمييز القرحة الحميدة من القرحة الخبيثة ، ولا يكفى فى ذلك الفحص بالأشعة ، بل لابد من تأكيد التشخيص بالفحص بالمنظار الضوئى وأخذ عينات سخيّة من القرحة للفحص الهستولوجى والسيتولوجى .

قرحة المعدة (الحميدة) :

أقل شيوعا من قرحة الاثنا عشرى ، وأكثر مرضاها من كبار السن ، وهى تصيب الجنسين بالتساوى . ويتفاوت حجمها بين بضعة ملليمترات وبضعة سنتيمترات ، وهى قد تصيب أى جزء من المعدة ، ولكنها توجد عادة على حَنِيّة المعدة الصغرى عند اتصال جزء المعدة المفرز للحمض مع جيبها .

أعـراضها : أهم أعراضها الألم والنزف . والنزف قد يكون جليّا أو خفيّا ، وقد يتسبب فى أنيميا شديدة . وعلينا دائما أن نتذكر النزف البطىء الخفى من الجهاز الهضمى فى حالات الأنيميا المجهولة السبب ، وأن نبحث عنه بعناية وإصرار . وألم قرحة المعدة يختلف عن ألم قرحة الاثنا عشرى فى أنه يُحس عادة أثناء تناول الطعام أو بعده مباشرة ، وليس بعده بساعتين أو ثلاث . وقد يصاحبه غثيان أو قىء أو شعور بالامتلاء . وانثقاب قرحة المعدة أقل حدوثا من قرحة الاثنا عشرى .

العــلاج : فى علاج قرحة المعدة تطبق نفس الوسائل المستعملة فى علاج قرحة الاثنا عشرى بالنسبة لتنظيم حياة المريض ، وتجنب المواد الضارة بالمعدة كالأسبيرين ومضادات الالتهاب . كذلك تستعمل مجموعات الأدوية السابق ذكرها لإزالة الأعراض والتعجيل بالتئام القرحة . ويجب متابعة فحص المعدة بالمنظار دوريا للتأكد من التئام القرحة . فإذا لم تستجب للعلاج الباطنى طوال ثلاثة أشهر ، أو إذا عادت بسرعة بعد التئامها ، وجب التفكير فى العلاج الجراحى ، وهو هنا عادة استئصال جزئى للمعدة . والجراحة مطلوبة أيضاً فى الحالات المضاعفة (كالانثقاب أو النزف الذى يهدد الحياة) ، وفى حالة القرحة الخبيثة .

(٥) أورام المعـــدة

أورام المعدة منها الحميد ومنها الخبيث . أهمها وأكثرها شيوعا هو السرطان .

١ - سرطـان المعـدة :

يختلف انتشاره اختلافا واسعا من بلد إلى بلد ، فهو فى اليابان مثلا عشرة أمثاله فى الولايات المتحدة ، لذلك تقوم اليابان بمسح شامل للمواطنين عن طريق فحصهم دوريا بمنظار المعدة بهدف الاكتشاف المبكر للسرطان . فقد ثبت أن نسبة الشفاء بعد العلاج الجراحى تتجاوز ٩٠٪ فى الحالات المبكرة التى لا يمتد فيها الورم إلى الطبقة العضلية فى جدار المعدة ، بينما تتضاءل هذه النسبة كثيرا فى الحالات المتأخرة . وهناك بعض العوامل التى يظن أن لها علاقة بسرطان المعدة ، منها ما هو فى المعدة ذاتها مثل الالتهاب الضمورى ونقص الحمض والأنيميا الوبيلة ، ومنها ما هو فى طعام المريض كالإفراط فى الملح ووجود النترات (فى ماء الشرب وفى اللحوم والأسماك المحفوظة) . ويحتمل أن نقص الحمض فى المعدة يشجع نمو البكتريا بداخلها ، فتقوم بتحويل المركبات الأمينية فى الطعام إلى مادة النتروزامين المسببة للسرطان .

وسرطان المعدة سرطان غُدى ، قد يتخذ شكل ورم مفرط النمو ، أو يتغلغل فى جدار المعدة حتى تصبح أشبه بقربة من الجلد الصفيق ، وأحيانا يكون متقرحا ، ويكون الأصل فى هذه الحالة هو الورم السرطانى والقرحة طارئة عليه ، لأن المعتقد الآن هو أن قرحة المعدة الحميدة لا تتحول إلى سرطان .

الأعــراض : هذا المرض يصيب الرجال أكثر من النساء ، ومعظم

مرضاه فى العقد السادس أو بعده . وفى مراحله المبكرة قد لا يشكو المريض من أى أعراض ، أو تكون الأعراض مبهمة غير محددة ، كشعور بالضعف العام ، أو أنيميا مجهولة السبب ، أو نقص فى الوزن ، أو إحساس بالامتلاء بعد أقل طعام . إلا أن فقد الشهية ، والألم فى فم المعدة ، والغثيان والقيء والنزف كلها أمور تدعونا إلى فحص المعدة بعناية . وقد يُحس ورم فى أعلى البطن ، أو يُرى الكبد متضخما والبطن به استسقاء من وجود ثانويات للورم . وأذكر مريضة رأيتها منذ سنوات بعيدة جاءت تشكو من عقدة لمفية متضخمة فوق الترقوة اليسرى ، ونحن نسمى هذه العقدة « عقدة فيركو » لأن هذا الطبيب كان أول من نبه إلى دلالتها على وجود ورم خبيث بالبطن . وبسؤال المريضة اتضح أنها تتمتع بشهية جيدة ، « وتستطيع أن تأكل دجاجة كاملة فى الوجبة الواحدة » على حد قولها . ورغم ذلك طلبنا لها أشعة بالباريوم على المعدة (ولم تكن مناظير الألياف الضوئية قد استعملت بعد) ، أظهرت ورما سرطانيا فى قاع المعدة ، وهذا يفسر عدم شعورها بأعراض ، لأن الورم لو كان نابتا من جيب المعدة لاعترض طريق الطعام وتسبب فى الانسداد والقيء .

التشخيص : يتم تشخيص أورام المعدة بالفحص بأشعة الباريوم ، وأفضل من ذلك باستعمال المنظار حتى نحصل على عينات خلوية ونسيجية تحدد طبيعة الورم ، كما يجب فحص الصدر بالأشعة ، وفحص البطن بالأشعة المقطعية للتأكد من عدم وجود أورام ثانوية فى الرئة أو الكبد أو الغدد اللمفية .

العـلاج : العلاج الجذرى لسرطان المعدة هو الجراحة ، وهى أنجح ما تكون فى الحالات المبكرة ، وفيها تستأصل المعدة كلها أو معظمها ، ومعها ما جاورها من أعضاء مثل الطحال وذيل البنكرياس . أما العلاج الإشعاعى والعلاج الكيميائى (بالفلورويوراسيل) فنتائجهما محدودة . وعلى المريض

بعد الجراحة أن يتردد على طبيبه بصفة دورية لمتابعته لمدة خمس سنوات على الأقل .

٢ – ورم المعدة اللمفى :

هو الورم الخبيث الآخر الذى قد يصيب المعدة ، وهو أقل شيوعا من السرطان ، وأعراضه ووسائل تشخيصه مشابهة له ، واستجابته للعلاج الإشعاعى والعلاج الكيميائى أفضل من استجابة السرطان .

٣ – ورم العضل الأملس بالمعدة :

يكون عادة حميدا ، ولكنه قد ينقلب خبيثا فى مرحلة لاحقة . وهو قد لا يسبب أعراضا ملحوظة ، أو يشعر المريض بعسر هضم أو ألم فى المعدة أو فقد شهية وضعف عام خاصة إذا كان الورم نازفا . تشخيصه باستعمال الأشعة والمنظار ، وعلاجه الاستئصال الجراحى .

٤ – السليلة (البُولِيب) :

هى ورم من الغشاء المخاطى للمعدة ناتىء فى تجويفها ، وقد يكون له عنق أو لا يكون ، وهو إما التهابى ناشىء من تكثر الخلايا ، أو ورمى غدّى . وعادة لا تصاحبه أعراض معينة ، وإنما يكتشف عرضا أثناء فحص المعدة بالأشعة أو بالمنظار . عندئذ يجب أخذ عينات خلوية ونسيجية منه للتأكد من طبيعته ، فإن كان ورما غديا وجب استئصاله لأنه عرف عنه قابليته للتحول إلى سرطان .

(٦) نزف الجهـاز الهضمى

النزف من القناة الهضمية قد يكون على شكل قىء دموى ، أو براز

مُدمّى ، أو كليهما معا . ويتوقف ذلك إلى حدٍ ما على مصدر النزف ومقداره وسرعته .

فقيء الدم يكون عادة بسبب نزف من الجزء العلوى من القناة (الحلق أو المرىء أو المعدة أو الاثنا عشرى ، أو دم مبلوعٍ من الأنف) ، وقد يكون دما صريحا أحمر اللون ، خاصة إذا كان النزف غزيرا ، أو يتخذ لونا بنيّا شبيها بـ « تُنْوة » القهوة إذا كان قليلا ولبث فى المعدة بعض الوقت .

والبراز المُدَمّى هو الآخر قد يكون الدم فيه أحمر زاهياً ، خاصة إذا كان النزف صادرا من أسافل الأمعاء ، أو من مكان أعلى من ذلك ولكنه غزير سريع المرور فى القناة ؛ أو يكون أسود قاتما شبيها فى لونه وقوامه بالقار (الزفت) إذا كان النزف صادراً من أعلى .

■ **علينا أن نذكر أن البراز قد يسوَدّ لونه من أسباب أخرى غير الدم ، كما يحدث عند تناول الأدوية المحتوية على الحديد أو الفحم مثلا .**

الأعــراض : تختلف الأعراض أيضا باختلاف سرعة النزف ومقداره . فالنزف المزمن البطىء يكون عادة قليل المقدار ، لا يرى بالعين المجردة ، بل يكشف عنه فى البراز باختبار « الدم المختفىْ » ، وأهم أعراضه الأنيميا .

أما النزف الحاد السريع الغزير فيصحبه شحوب اللون ، والعرق ، والشعور بالدوخة والإعياء ، وسرعة النبض وانخفاض الضغط ، وقد ينتهى الأمر بالإغماء أو الغيبوبة .

والقصة التى تتكرر كثيرا هى قصة المريض الذى يحس بغثيان أو برغبة فى التبرز ، فيسرع إلى الحمام وهناك يسقط على الأرض مغمى عليه ، والدم من حوله يملأ الحوض أو المرحاض . مثل هؤلاء المرضى يجب الإسراع

بهم إلى أقرب مستشفى مهيأ لإسعافهم وفحصهم ، وليس من الحكمة علاجهم في البيوت مهما بدا النزف طفيفا في أوله .

الأسباب : مصادر النزف يمكن تقسيمها إلى عليا وسفلى حسب موقع النزف من القناة الهضمية . وفي العليا أهم سببين للنزف ، وهما دوالي المريء والقرحة . هناك أسباب عليا أخرى ، مثل التهاب المريء أو المعدة أو الاثنا عشري ، وتمزق المريء ، والأورام الحميدة والخبيثة ، والتسلخات التي قد تحدث من الأسبيرين والأدوية المستعملة في علاج التهاب المفاصل ، وأمراض الدم النازفة ، وأسباب أخرى أقل شيوعا .

أما مصادر النزف من الجزء السفلي من القناة الهضمية فأهمها التهابات الأمعاء ، نوعية كانت (سببها معروف) أو غير نوعية (مجهولة السبب) : كالدسنطاريا بأنواعها (باسيلية ، أميبية ، بلهارسية) ، والحمى التيفودية ، ودرن الأمعاء ، وتقرح القولون غير النوعي ، ومرض « كرون » ، والجيوب القولونية ، ثم أورام الأمعاء الحميدة والخبيثة ، وأخيرا بواسير الشرج وشروخه . هناك طبعا عشرات من الأسباب الأخرى ، ولكنها نادرة .

إسعاف المريض : أول ما يجب عمله لمريض النزف الحاد هو إسعافه بإعادة التوازن إلى الدورة الدموية لمنع حدوث الصدمة أو إزالتها متى حدثت ، وذلك بحقن الدم وغيره من المحاليل المناسبة لتعويض الفاقد من حجم الدم وتصحيح الخلل في كيميائه . وعادة يفضل وضع أنبوبة في المعدة تخدم غرضين : شفط محتويات المعدة لمعرفة ما إذا كان النزف مستمرا أم توقف ، وحقن السوائل والمحاليل والأدوية اللازمة للعلاج . وإذا كان المريض قلقا ، أعطي مهدئا خفيفا . ثم ينصرف جهدنا بعد ذلك إلى تشخيص مصدر النزف وسببه .

التشخيص والعلاج : كما قلنا هناك سببان رئيسيان للنزف هما دوالي

المرىء وقرحة الاثنا عشرى والمعدة ، يسهل عادة التفريق بينهما . **فمريض الدوالى** يعرف غادة أنه مصاب بتليف الكبد منذ فترة طويلة ، وإن كان النزف من الدوالى فى بعض المرضى هو أول عرض ينبههم إلى مرض الكبد . وهناك علامات الكبد المشهورة كاليرقان ، وحمرة الكفين ، والعناكب الشريانية(*) ، وارتعاش اليدين ، وتغير رائحة النفس ، والكدمات الجلدية ، وتضخم الطحال ، وورم القدمين ، الخ ... ومرضى تليف الكبد يحتاجون لمتابعة خاصة متى نزفوا لأنهم معرضون حينئذ للدخول فى مضاعفات أخرى كالاستسقاء والغيبوبة الكبدية .

أما السبب الشائع الثانى وهو **القرحة** ، فتصيب الاثنا عشري أو المعدة أو أسفل المرىء ، وقد يكون النزف هو أول علاماتها ، ولكن المريض عادة يكون له ماض طويل فى الشكوى من عسر الهضم والحموضة وألم فم المعدة ، وقد يكون أجرى من الفحوص من قبل ما أثبت وجود القرحة .

وسؤال المرضى مهم فى جميع الأحوال عما قد يكونون تناولوه من أدوية قبل النزف ، وخاصة الأسبيرين وأدوية الروماتيزم ومركبات الكورتيزون .

ثم يأتى بعد ذلك دور **أجهزة التشخيص ومعامل التحليل** . أهمها فى هذا الموقف هو منظار الألياف الضوئية ، فهو مفيد فى التشخيص وفى العلاج ، ويمكن استعماله منذ اللحظات الأولى للنزف . منظار المعدة يرينا بوضوح جوف المرىء والمعدة والاثنا عشرى ، ومنظار القولون يرينا كل الأمعاء الغليظة والجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة . والالتهابات والتسلخات والقروح والأورام كلها ترى بوضوح تام ويمكن أخذ عينات منها للفحص المجهرى . ودوالى المرىء يمكن حقنها أو كيّها ضوئيا بأشعة الليزر ، والأورام يمكن

(*) العناكب الشريانية : هى شعيرات دموية رفيعة منتشرة من شريان صغير تشبه خيوط العنكبوت .

استئصالها عن طريق المنظار . وكل هذا يمكن تصويره فوتوغرافيا أو سينمائيا لتسجيله ومتابعة تطوره . وإذا لم يتوافر المنظار ، فالبديل هو فحص القناة الهضمية بالأشعة مع استعمال الباريوم . أما وسائل التصوير الجديدة كالموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية فتفيد فى تصوير الكبد والطحال والبنكرياس والمرارة ، وكلها قد تكون ذات علاقة بالنزف ، ولكنها لا تكشف عن باطن المعدة والأمعاء . وهناك وسائل أخرى متطورة تحتاج لمهارات خاصة وتحقق ما يشبه المعجزات أحيانا ، ولكن دورها محدود ، مثل إدخال القسطرة فى الشريان أو الوريد النازف تحت توجيه الأشعة وحقنه بمادة ملونة (للتشخيص) أو مجلطة (للعلاج) .

أما المعمل فدوره أساسى فى متابعة تحليل الدم لقياس نسبة الهيموجلوبين والهيماتوكريت التى يعتمد عليها فى تحديد كمية الدم المطلوب نقلها للمريض ، وكذلك لتحليل وظائف الكبد وكفاءة الكلى وتقلبات الصوديوم والبوتاسيوم وغيرها من مكونات الدم الحيوية .

وطوال الفترة الحرجة يلزم المريض الراحة التامة ، ويسجل النبض والضغط والحرارة بانتظام ، كما تسجل كميات السوائل والبول ، ويفحص البراز للتأكد من استمرار النزف أو انتهائه .

أما **العلاج التفصيلى** فيختلف طبعا باختلاف السبب . نزف دوالى المرىء قد يستجيب مؤقتاً للحقن بدواء الفيزوبريسين أو الجليبريسين الذى يخفض الضغط فى الوريد البابى ، أو بإدخال أنبوبة « سنجستاكن » إلى المرىء ونفخها لتضغط على الدوالى النازفة ؛ وهناك كما قلنا حقن الدوالى عن طريق المنظار . قروح المرىء والمعدة والاثنا عشرى تستجيب عادة لأدوية القرحة **بفصائلها المعروفة (السيمتدين والرانتدين ، السكرالفات ، الأومبرازول) .** وقس على ذلك بقية الأسباب ، التى يجىء ذكر علاجها فى الأجزاء الخاصة بها .

الفصـل الخـامس

الأمعــاء

الأمعاء هى الأنبوب الطويل الممتد من نهاية المعدة إلى فتحة الشرج ، جزؤه العلوى هو المِعَى الدقيق (الأمعاء الدقيقة) وطوله نحو ٧ أمتار ، وجزؤه السفلى هو المِعَى الغليظ (الأمعاء الغليظة) وطوله ١,٥ متر . ويتميز كل منهما إلى أجزاء أخرى (شكل ٦) .

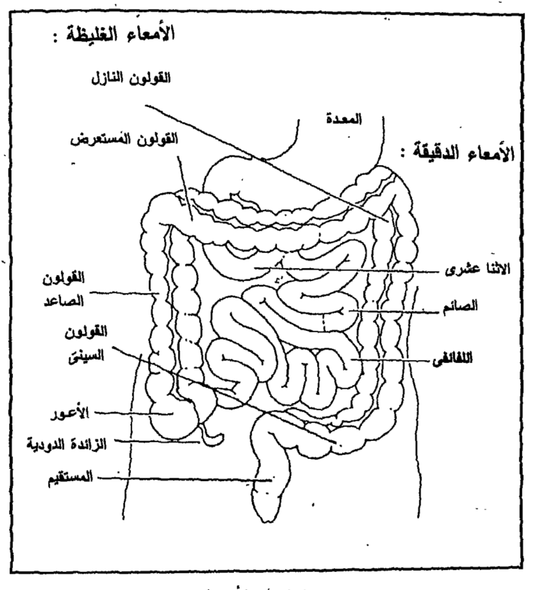
١ - الأمعاء الدقيقة :

تنقسم إلى ثلاثة أجزاء : (أ) **الاثنا عشرى** : وسُمى كذلك لأن طوله بمقدار عرض ١٢ إصبعا ، وهو بداية الأمعاء ، ويشبه شكل الحدوة أو حرف « C » . جزؤه الأول أملس ، وهو أول جزء من الأمعاء يتعرض لحمض المعدة ولذلك يكثر فيه حدوث القرحة الهضمية . أما جزؤه الثانى فتفتح فيه قناة الصفراء وقناة البنكرياس ويصب فيه إفرازهما . (ب) **الصائم** : ويشمل خُمْسَى طول الأمعاء الدقيقة ، ويشغل شمال أعلى البطن . (جـ) **اللفائفى** : ويشمل الأخماس الثلاثة الباقية ، ومكانه فى يمين أسفل البطن .

والأمعاء الدقيقة مكدسة ومتعرجة فى لفّات أو عُرَى ، ويساعدها على ذلك أنها مدلاة من جدار البطن فى غلاف اسمه **المساريق** ، وهو جزء من الغشاء الرقيق الحساس الذى يبطن كل تجويف البطن وهو **البريتون** .

٢ - الأمعـاء الغليظـة :

مقسّمة إلى **الأعور** (لأنه ذو فتحة أو عينٍ واحدة) ، و**القولون الصاعد** ، و**القولون المستعرض** ، ثم **القولون النازل** ، ف**القولون السينى** (لأنه شبيه بحرف « S » الذى يقابل حرف السين) ، وأخيرا **المستقيم** وينتهى **بالشرج** .



شكل (٦) : الأمعـــاء

والأمعاء كلها ، دقيقها وغليظها ، تحركها عضلات فى طبقتين ، طولية خارجية ، ودائرية داخلية ، ويبطنها فى جوفها الغشاء المخاطى . أما **العضلات** فمهمتها خلط الطعام وتحريكه بدفع « التمعّج » الذى سبقنا شرحه عند الحديث عن المعدة . وأما **الغشاء المخاطى** فوظيفته الهضم والامتصاص : الهضم بفعل إنزيمات الأمعاء والبنكرياس وصفراء الكبد التى تحول الغذاء إلى مستحلب من الدهون والبروتينات هو **الكيلوس** ، ثم يمتص بفضل ثَنيّات الغشاء المخاطى وأهدابه المخملية الدقيقة (**الزُّغابات**) التى تنتشر على سطحه فتوسع من نطاقه وتهيىء له الانتقاء ، والمكونات الممتصة تنتقل إلى الدم مباشرة أو بعد مروره فى الوريد البابى إلى الكبد . يصل الغذاء إلى نهاية الأمعاء الدقيقة بعد ٤ ساعات من ابتلاعه ، ويصل إلى نهاية القولون بعد نحو ١٨ ساعة . والقولون دوره محدود : امتصاص الماء والملح ، وتركيز البراز وخزنه إلى أن يحين وقته فيطرد

أما **الزائدة الدودية** ، وطولها نحو ٩ سم ، فهى جزء منقرض من الأعور ، ولا وظيفة لها ، إلا أن تجمع العقد اللمفية فى جدارها يصبح مصدرا للالتهاب أحيانا .

وأهم الأمراض التى تصيب الأمعاء هى :

(١) الإســـهال

الإسهال ، كالإمساك ، مسألة نسبية إلى حدٍ ما ، بمعنى أن ما يعتبره شخص ما إسهالاً قد يكون أمراً طبيعيا بالنسبة لشخص آخر . ونفس الشىء يمكن أن يقال عن الإمساك . والاعتبار الأول فى تعريف الإسهال (والإمساك) هو **لقوام البراز** ، ثم **لعدد مرات التبرز** . فالإسهال هو إخراج براز سائل أو شبه سائل ، ويكون ذلك مصحوبا عادة بكثرة عدد مرات التبرز . والإمساك عكس ذلك ، أى هو إخراج براز أكثر صلابة وجفافا من

المعتاد ، وعلى فترات متباعدة ، ويكون الإخراج عادة مصحوبا بشيء من العسر أو الألم . **وحجم البراز ووزنه** فى الإمساك عادة قليل ، أما الإسهال فقد يتجاوز وزن البراز فيه المتوسط الطبيعى وهو ٢٠٠ جرام فى اليوم .

لذلك عندما يلجأ المريض إلى الطبيب شاكيا من الإسهال (أو الإمساك) ، فعلى الطبيب أن يستوضحه عما يعنيه بذلك . بعض المرضى مثلا يشكون من « الإسهال » فى حين أن مشكلتهم الحقيقية هى **سَلَس البراز** من ضعف السيطرة على عضلات الشرج . والمريض المصاب بورم فى المستقيم قد يسمى المخاط والدم الذى يخرج منه إسهالا ، بينما برازه فى الواقع طبيعى أو مائل لليبوسة .

وسؤال المريض تفصيلا عن كل ما قد يكون له علاقة بشكواه من ظروف وملابسات ، وما قد يكون صاحبها من أعراض أخرى وعلامات ، أمر بالغ الأهمية لا فى تشخيص سبب الإسهال أو الإمساك فحسب ، بل فى تشخيص معظم أمراض الجهاز الهضمى ، وقد لا تغنى عنه فى ذلك أدق الفحوص المعملية وأكثرها تكلفة . **فإسهال الأمعاء الدقيقة** مثلا قد يحدث فى أى وقت من اليوم ، وقد يوقظ المريض من نومه ، وإن كان مصحوبا بألم فهو فى وسط البطن ولا يصرفه خروج البراز ، والبراز فى هذه الحالات قد يكون مائيا ، أو يكون دهنيا فاتح اللون كريه الرائحة . أما **إسهال الأمعاء الغليظة** فيحدث عادة فى الصباح عند الاستيقاظ من النوم ، وألمه يُحس عادة فى الجانب الأيسر السفلى من البطن ويزول بعد التبرز ، والبراز قد يكون مائيا ، وقد يحتوى على مخاط ودم أحمر .

أنواع الإسـهال :

الإسهال يمكن تقسيمه عموما من ناحية الأسباب إلى حاد ، ومزمن أو متكرر .

١ - الإسـهال الحـاد :

قد يكون نتيجة عدوى ميكروبية أو طفيلية ، أو لا يكون . **الإسهال الميكروبى** تصحبه عادة أعراض عامة كارتفاع الحرارة والغثيان أو القيء ، ومن أمثلته التسمم الغذائى بالميكروب المكوّر العنقودى ، وفيه يصاب عدة أفراد تناولوا نفس الطعام فى وقت واحد ، أو التهاب المعدة والأمعاء الفيروسى ، أو إصابة الأمعاء بميكروب السلمونيلا (الذى يسبب أيضا حمى التيفود والباراتيفود) ، أو ميكروب الشيجلّا (المسبب للدسنطاريا الباسيلية) ، أو الميكروب الذى وصف حديثا باسم « كامبيلوباكتر » أو « هليكوباكتر » والذى قد يسبب ألما شديدا يشبه ألم التهاب الزائدة الدودية . وهناك أيضا عدوى الأمعاء بميكروبات لا تُشاهد عادة إلا فى الأوبئة أو فى مناطق متوطنة من بلاد العالم الثالث ، كالكوليرا .

ومن **الطفيليات وحيدة الخلية** هناك سببان شائعان للإسهال : الأميبا ، والجيارديا لامبليا . وكل هذه الأمراض تنتقل عن طريق تلوث الأطعمة أو المياه من البراز إلى الفم .

وهناك نوع من الإسهال الحاد يسمى **إسهال المسافرين أو السيّاح** ، يحدث أثناء السفر أو بعده مباشرة ، ويكون نتيجة عدوى بأنواع سامة من ميكروب الإشريكيا القولونية ، أو ميكروب السلمونيلا ، أو طفيلى الجيارديا أو الأميبا .

أما **أسباب الإسهال غير الميكروبية** فمنها التهاب الأمعاء غير النوعى ، أى الذى ليس له مسبب معروف ، ويشمل التهاب القولون التقرحى ومرض « كرون » - الأول يصيب القولون خاصة ، والثانى يصيب الأمعاء الدقيقة أساساً . وكلاهما قد يكون سببا لإسهال حاد أو متكرر أو مزمن . وكلاهما كان نادراً فى مصر ، ولكنهما آخذان فى الشيوع .

بعض الأطعمة (اللبن ، الإفراط فى الفواكه أو الألياف عامة) ، وبعض الأدوية (مضادات الحموضة - الديجوكسين - الكولشيسين - المضادات الحيوية) قد يسبب إسهالا حادا فى بعض الناس . وإسهال المضادات الحيوية قد لا يكون سببه مجرد حساسية فى المريض للدواء ، بل قد ينتج عن كبت بكتريا الأمعاء الطبيعية واستبدال ميكروبات أخرى بها لا تتأثر بالدواء وتحدث التهابا حادا فى الأمعاء .

■ إسهال اللبن ليس سببه حساسية المريض لمكوّنه البروتينى كما كان يظن ، بل يرجع عادة إلى نقص إنزيم اللاكتاز اللازم لهضم سكر اللبن (اللاكتوز) ، وهو نقص شائع بين المصريين .

٢ - الإسهال المزمن أو المتكرر :

هو الآخر قد ينتج من عدوى أو من غيرها . من أمثلة **الإسهال نتيجة عدوى ميكروبية** إصابة الأمعاء بالدرن ، وهذا قد يصاحب الدرن الرئوى (السلّ) أو يحدث مستقلاً . ومثل العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) . ومنها أيضا البلهارسيا المعوية وغيرها من الطفيليات كالهتروفيس (ديدان الفسيخ وسمك البورى) والأميبا والجيارديا .

أما أمراض الأمعاء غير المعدية والمصحوبة بالإسهال فأهمها أمراض سوء الامتصاص (ولها جزء خاص فى الكتاب) ، والتهابات الأمعاء غير النوعية السابق ذكرها ، ثم أورام الأمعاء . وهناك أسباب أخرى أقل شيوعا مثل التهاب الردوب أو الرتوج (الجيوب) القولونية ، أو ضيق الشرايين المعوية ، أو الاستعمال المزمن للأدوية المسهلة ، أو إدمان الخمر أو المخدرات .

إلا أن أهم مشكلة فى تشخيص الإسهال المزمن وعلاجه هى التفريق بين

الأسباب العضوية السابق ذكرها ، وبين **الإسهال العصبى أو الوظيفى** الذى هو مظهر من مظاهر المعى العصبى . هذا الإسهال يستمر سنوات عديدة دون أن تصاحبه أعراض عامة كفقد الشهية أو نقص الوزن ، وتكون نوباته مرتبطة عادة بالتوتر والقلق النفسى . وعلى العكس من ذلك علينا دائما أن نبحث عن تفسير عضوى للإسهال إذا كان حديث العهد فى مريض مُسِنّ ، أو إذا صاحبته أعراض وعلامات فى أجهزة الجسم الأُخرى كقروح الفم والتهابات العين وآلام المفاصل والطفح الجلدى والبواسير والنواسير . وخروج الدم فى البراز يدعونا دائما إلى أقصى درجات الحذر ، وإلى استعمال كل وسيلة ممكنة لتحديد مصدره وسببه .

تشخيص الإسهال : فحص مريض الإسهال لا يكتفى بجس البطن وفحص الجهاز الهضمى فقط ، بل يشمل فحص أجهزة الجسم الأخرى بحثاً عن علامات قد تدل على سبب الإسهال . وعلى الطبيب أن يتفحص البراز بالعين المجردة ، ثم يرسل به إلى المعمل للتحليل الميكروسكوبى والبكتريولوجى . وعليه أيضا أن يفحص الشرج والمستقيم بالإصبع وبالمنظار العادى ، فإن لم يكتف فهناك فحص الأمعاء بأشعة الباريوم ، ثم منظار الألياف الضوئية الذى يستطيع أن يستكشف مناطق من الأمعاء لا يصل إليها المنظار العادى . إن الفحص بالمنظار يستطيع أن يميز بين التهابات الأمعاء المختلفة ، كما أنه أساسى فى تشخيص أورام الأمعاء وتحديد طبيعتها ، ويقوم الفاحص عادة بأخذ عينات من جدار الأمعاء ، أو من الأورام ، عن طريق المنظار ويرسلها للفحص الباثولوجى .

أما إذا كان هناك احتمال أن يكون سبب الإسهال هو سوء الامتصاص من الأمعاء الدقيقة ، فإننا نلجأ إلى الفحوص المستعملة فى تشخيص هذه الحالة كتحديد نسبة الدهن فى البراز ، وقياس قدرة المريض على امتصاص سكر اللبن (اللاكتوز) وسكر الزيلوز ، وأخذ عينات من الغشاء المخاطى المبطّن

للأمعاء الدقيقة عن طريق المنظار أو بوساطة كبسولة خاصة يبلعها المريض .

وهناك فحوص أخرى نلجأ إليها حسب الحالة كاستعمال النظائر المشعة لقياس قدرة الأمعاء على الامتصاص ، أو تحديد نسبة فيتامين ب١٢ أو حمض الفوليك في الدم ، الخ ... وفي الحالات التي يُشك فيها أن المريض مصاب بحساسية لمادة الجلوتين الموجودة في القمح ، يطلب من المريض ، من باب الاختبار ، أن يمتنع عن أي طعام يحتوي على القمح أو دقيقه ، فإن تحسنت حالته تحسنا ملحوظا كان ذلك دليلا قويا على احتمال إصابته بهذا المرض ؛ وكان في الوقت نفسه هو العلاج .

علاج الإسهال : يهدف أساساً إلى اكتشاف سببه ومحاولة إزالته ، ولكنه يهتم أيضاً بالمضاعفات الناجمة عنه كنقص التغذية واختلال ميزان الماء في الجسم والالكتروليات (الصوديوم ، البوتاسيوم ، الكلوريد) ويحاول تصحيحها ، لأن الجفاف قد يكون قاتلا ، خاصة في الأطفال حديثي الولادة ، ويمكن تداركه بإعطاء المحاليل المناسبة عن طريق الفم أو الوريد .

أما الأدوية المستعملة لوقف الإسهال في حد ذاته ، أي لعلاجه كعَرَض بصرف النظر عن سببه ، فدورها محدود ولا يُنصح بتعاطيها بصورة عشوائية ، وهي تشمل الأدوية الماصة للماء مثل الكاولين والبكتين ، والأدوية المثبطة لحركة الأمعاء مثل الديفنكسولات ولوبيراميد والأتروبين وأشباهه مثل مبفرين .

أما علاج السبب فيختلف بين الإسهال الحاد والإسهال المزمن . الإسهال الحاد ، كما قلنا ، سببه في أكثر الأحوال عدوى ميكروبية يمكن تحديدها عن طريق تحليل البراز والدم ، ثم يُعطى المريض الدواء المناسب وهو عادة أحد المضادات الحيوية أو الكيميائية . وفي الحالات العاجلة ، مثل إسهال

المسافرين والسياح ، يمكن إسعاف المريض بدواء مثل كوتريموكسازول ، عُرفت عنه فعاليته ضد كثير من الميكروبات المسببة للإسهال الحاد ، وذلك فى انتظار تحديد الميكروب والدواء المضاد له عن طريق المعمل . أما العدوى بالأميبا والجيارديا فيستعمل لها دواء مترونيدازول .

وأما الإسهال المزمن فقد يكون من عدوى بكتيرية أو طفيلية ، أو لا يكون ؛ ومن أسباب النوع الثانى سوء الامتصاص من الأمعاء ، والتهابات الأمعاء غير النوعية ، وأورام الأمعاء ، ثم المعى العصبى .. وسيجد القارىء علاج كل سبب منها في الجزء الخاص به من الكتاب .

(٢) الإمساك

الإمساك ، كما قلنا عند الكلام على الإسهال ، مسألة نسبية ، يدخل فى تعريفها قوام البراز ، وحجمه ، وعدد مرات التبرز ، وسهولته . فالإمساك يتميز بقلة عدد مرات التبرز (أقل من ثلاث مرات فى الأسبوع) ، ويكون البراز قليل الحجم (أقل من ٣٠ جم فى اليوم) ، جاف القوام ، صعب الخروج .

فى الإنسان الطبيعى تبقى مخلفات الطعام فى القولون فترة قد تمتد إلى يومين أو ثلاثة ، يُمتص أثناءها الماء والأملاح ويزداد تركيز البراز ، ويكون المستقيم والجزء الأخير (السينى) من القولون خاليين . وعند التبرز تسرى فى الأمعاء موجات متعاقبة من التقلص اللا إرادى (تسمى « التمعج ») تدفع محتوياتها إلى المستقيم فينتفخ ، ويشعر الإنسان بالرغبة فى التبرز . عندئذ تنقبض عضلات جدران المستقيم وترتخى عضلة الشرج العاصرة التى تتحكم فى مخرجه ، ويساعد الإنسان الخروج بشىء من « الحَزْق » تنقبض معه عضلات البطن والحجاب الحاجز .

أسباب الإمساك :

١ - إهمال النداء الطبيعى إلى التبرز عند امتلاء المستقيم من أهم أسباب الإمساك المزمن ، لأنه يؤدى إلى فقد إحساس المستقيم بالانتفاخ واستجابته بإفراغ محتوياته ، فينشف البراز فيه ويصبح أشبه بالسدادة التى تعوق الخروج .

٢ - من أسباب الإمساك الشائعة فى شعوب الدول المتقدمة قلة الألياف فى الغذاء ، فى شكل قشور الحبوب (الرَدّة أو النُخالة) والخضر والفاكهة . وهو عيب آخذ فى الانتشار فى شعوب العالم الثالث إذ تتشبه بالغرب فى نمط حياته وتتجه إلى استعمال الدقيق « الفاخر » الخالى من الرَدّة ، وإلى الوجبات السريعة التى تقل فيها الألياف . ووجود الألياف فى الطعام يزيد من حجم البراز ، ويسرع فى مروره بالأمعاء ، ويزيد من عدد مرات التبرز . لذلك أصبح إثراء الطعام بالألياف ، واستعمال الأدوية التى تزيد من حجم البراز من أحدث وأهم وسائل علاج الإمساك المزمن .

٣ - يساعد أيضا على الإمساك قلة الحركة والرياضة ، كما هو الحال فى المسنين والمرضى طريحى الفراش من شلل أو كسر أو حمى أو جراحة .

٤ - الإمساك قد يكون عَرَضا لكثير من أمراض القولون والمستقيم والشرج ، مثل المعى العصبى ، وتكوين الردوب أو الرتوج (الجيوب) القولونية ، والتهابات الأمعاء ، وأورامها ، وتضيّقها ، والفتق ، والالتواء ، والانسداد ، والبواسير ، وشرخ الشرج ، والخُراج حول الشرج ، وتدلى الشرج ، وضيق الشرج .

٥ - الإمساك أيضا قد يكون عرَضًا لأمراض أخرى خارج الأمعاء ، خاصة أمراض الجهاز العصبى (الشلل ، إصابات الحبل الشوكى ، اضطرابات الأوعية الدموية بالمخ ، الخ ...) ، وأمراض الأيض والغدد

الصماء (مرض السكر ، نقص إفراز الغدة الدرقية ، زيادة الكالسيوم أو نقص البوتاسيوم فى الدم ، التسمم بالرصاص ، الخ ...) .

٦ – الإمساك أكثر شيوعا فى النساء منه فى الرجال ، ويكاد يكون عاما فى النساء الحوامل ، ولذلك أسباب عدة ، منها قلة الحركة ، وارتخاء العضلات ، وضغط الجنين .

٧ – هناك كثير من الأدوية تسبب الإمساك : الأفيون ومشتقاته من المخدرات والمسكنات مثل المورفين والكوداايين – مضادات الحموضة المحتوية على الكالسيوم والألومنيوم – مركبات الحديد – الأتروبين وأشباهه – مدرّات البول – حبوب منع الحمل – أدوية ارتفاع ضغط الدم – الأدوية المستعملة فى علاج الصرع ، والشلل الرعاش ، والاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية .

التشخيص : تشخيص سبب الإمساك يبدأ ، كما قلنا فى تشخيص الإسهال ، بالاستماع الجيد للمريض ومساءلته عن كل تفاصيل علّته : عدد مرات التبرز ، حجم البراز وقوامه ، هل هو على شكل شريط رفيع ، أو على شكل كرات صغيرة صلبة مثل « زبل » الغنم أو « بعر » الإبل ؟ هل هو مصحوب بألم ؟ هل يشعر بعدم اكتمال التفريغ ، أو بأن هناك سدادة تعوق الخروج ؟ هل يستعمل الإصبع أو شطّاف المرحاض ليساعد خروج البراز ؟ هل البراز مختلط بالمخاط أو الدم ؟ إن إفراز المخاط فى الإمساك أمر شائع يلجأ إليه المعى ليسهل المرور ، لكن خروج الدم أمر آخر يعامل دائما بمزيد من الحذر . وبعض مرضى الإمساك من ورم أو انسداد في القولون قد يعرض لهم إسهال كاذب ، إذ يتسرب البراز السائل من أعالى الأمعاء عبر الورم أو السدة .

الإمساك الحاد يوحى بسبب عضوى ، بينما **الإمساك المزمن** الذى

لا يصاحبه ألم ولا نقص فى الوزن ينتج عادة من اضطراب وظيفى ، كالمعى العصبى ، وكإمساك النساء المصاحب للدورة الشهرية أو الحمل أو عقب الولادة .

يُسأل المريض عن نوع غذائه ، ومحتواه من الألياف والخضر والفواكه ، وهل يكثر من شرب الشاى ؟ وهل يذهب إلى الحمّام فى مواعيد منتظمة ؟ وهل يستعمل أى أدوية قد تسبب الإمساك ؟ أو يدمن تعاطى الأدوية المسهلة ؟

ثم **يفحص المريض فحصا شاملا** لا يقتصر على جس البطن ، بل يشمل أيضا فحص الجهاز العصبى والبحث عن أى اضطراب فى الأجهزة الأخرى وخاصة الغدد الصماء .

من أهم طرق الفحص فى هذه الحالات **فحص الشرج والمستقيم بالإصبع** (شكل ٧) ، وهو فحص كثيرا ما يتجاهله الأطباء سهواً أو تقززاً ، وقد يفوتهم بذلك الكثير . وكان « أوزلر » الطبيب الانجليزى الذائع الصيت ، يعرِّف الطبيب الاستشارى بأنه « ذلك الذى يحرص على فحص الشرج بالإصبع بعد أن يكون الآخرون قد أهملوه » . ثلث أورام المستقيم يمكن أن تُحس بالإصبع فى الشرج ، وتزيد النسبة إلى النصف إذا طلبت من المريض أن « يحزق » أثناء الفحص . وكم من مريض بسرطان المستقيم أُهملت حالته حتى استعصت على العلاج لمجرد إغفال هذا الفحص بالإصبع !



شكل (٧) : فحص الشرج والمستقيم بالإصبع

ثم يأتى بعد ذلك **الفحص بمنظار الشرج ومنظار القولون** ، وأخذ العينات من الأجزاء المشتبهة للفحص الباثولوجى . وهناك أيضا الفحص بأشعة الباريوم ، وتحليل البراز ، والفحوص المعملية الأخرى الخاصة بالغدد الصماء وخاصة الغدة الدرقية ، وبالجهاز العصبى ، وتحليل الدم لنسبة البولينا والكالسيوم والبوتاسيوم والرصاص ، والعد الكامل للدم وسرعة الترسيب .

علاج الإمساك : الإمساك **البسيط** يستجيب عادة لزيادة كمية الألياف فى الغذاء ، مثل الرّدّة (ملعقة كبّيرة عدة مرات يوميا) والخضر والفواكه . وبعض المرضى يفضل استعمال المستحضرات الطبية التى تُزيد من حجم البراز . ولبوس الجلسرين يفيد بعض حالات الإمساك ، خاصة تلك التى يطول فيها خزن البراز فى المستقيم حتى يجف . وهناك أيضا دواء بيساكوديل الذى ينبه عضلات القولون لتفريغ محتوياتها ، ويمكن تناوله فى شكل حبوب قبل النوم أو لبوس عند الاستيقاظ .

فإذا لم تفلح هذه الوسائل البسيطة يمكن أن نلجأ إلى الأدوية المسهّلة التى تعمل عن طريق إثارة الأمعاء ، مثل مركبات السِنّا ودانثرون ، ولكن ينصح دائما باستعمال هذه الأدوية فى أضيق الحدود لأن اعتيادها يزيد من تبلّد الأمعاء .

وإذا كان الإمساك **طارئا ومصحوبا بانتفاخ البطن من الغازات** فيمكن الحصول على الراحة السريعة باستعمال حقنة شرجية ، خاصة فى المرضى المسنين .

بعض الأطباء يصفون زيت البرافين أو المركبات المحتوية عليه خاصة فى حالات **الإمساك المصاحب للبواسير أو شرخ الشرج** ، ولكن مداومة استعماله غير مستحبة . وينطبق ذلك أيضا على المسهّلات المحتوية على سلفات المغنسيوم أو الصوديوم ، وغيرها من المسهّلات العنيفة المحتوية على الفينولفثالين أو الألوفن أو الكسكارا . وهناك مسهل خفيف نسبيا هو اللاكتيولوز يناسب **الإمساك المصاحب لأمراض الكبد وإمساك الأطفال والحوامل .**

أما **حالات الإمساك التى لها سبب عضوى** واضح ، سواء فى الأمعاء أو خارجها ، فعلاجها الناجع يتوقف طبعا على إزالة السبب وإن استدعى ذلك فى بعض الحالات إجراء جراحة ، كما فى الانسداد المعوى وأورام الأمعاء .

(٣) سوء الامتصاص

يحتاج الإنسان لكى يعيش أن يهضم طعامه ويمتصه ويتمثله . والهضم سابق على الامتصاص ، وتقوم به وظائف المعدة والأمعاء والبنكرياس والصفراء (إفراز الكبد والمرارة) ، فتتعامل مع مكونات الغذاء من نشويات وسكريات وبروتينات ودهون وتحولها إلى عناصرها الأولية التى يسهل امتصاصها بعد ذلك عن طريق الأمعاء .

ولعل الشخص العادى لا يدرك مدى الجهد الذى تبذله الأمعاء ، خاصة الأمعاء الدقيقة ، فى امتصاص الطعام . إن مجرد « سندوتش » صغير من الفول أو الطعمية لابد لامتصاصه من طرحه على مسطح واسع لا يقل عن مساحة ملعب تِنِس ، ٢٠٠ متر مربع ، لتفتيشه وتمحيصه واختيار ما يفيد ورفض ما يلفظ . هذا المسطح الواسع الذى يفترشه الغشاء المخاطى للأمعاء ، والذى هو بمثابة بوابة الدخول ، أو « الجمرك » و « الجوازات والجنسية » معا ، هذا المسطح يبِّطن تجويف الأمعاء وتتضاعف مساحته بفضل ما فيه من ثنيّات وزُغَابات وأهداب يتم من خلالها التعامل مع عناصر الغذاء . نفس الحذر ، والتفتيش ، والانتقاء ، سنواجهه مرة أخرى فى بوابة الخروج ، ولكنها هذه المرة عن طريق الكليتين وما فيهما من ملايين الوحدات المسماة « نفرون » ، والتى تقوم بعملية التفتيش . إن عناصر الغذاء والتدقيق فى انتقائها ليست عبثاً ، حتى لو كانت مجرد « سندوتش » من الفول أو الطعمية ، فهى مكونات الحياة التى تمتص من الأمعاء إلى مجرى الدم ، ومنه تعود فضلاتها لتخرج من الكلى .

يقوم **الهضم** بالمرحلة الأولى فى تحويل مكونات الغذاء إلى عناصره البسيطة : الكربوهيدرات (النشويات والسكريات) تُفَكّ إلى سكريات أحادية كالجلوكوز مثلا . والبروتينات تُحوّل إلى أحماض أمينية ، والدهنيات إلى

أحماض دهنية . والدهن بالذات يعتمد على إفراز البنكرياس وعصارة الصفراء التى تصب فى جوف الأمعاء حيث يتم هضم الدهن ثم يمتص .

يتم هذا الهضم فى المعدة والأمعاء بفضل تأثير **الحمض الغزير** الذى يُفرز من جدار المعدة ، ويشترك فى الهضم أيضا مجموعة كبيرة من العوامل المساعدة المسماة « **إنزيمات** » ، منها ما يتعامل مع البروتينات مثل « البيسين » ، ومنها ما يحلل الدهنيات وهو « الليباز » ، أو يفكك النشويات مثل « الأميلاز » .

أما المرحلة الثانية فتقوم الأمعاء الدقيقة فيها بالعبء الأكبر ، وهو **امتصاص الطعام** بعد أن تم هضمه . هنا المحطة الأخيرة التى تمر منها كل الواردات ، ليس فقط النشويات والسكريات والبروتينات والدهنيات ، بل أيضا عناصر الغذاء الأولية كالصوديوم والبوتاسيوم والكالسيوم ، والمعادن المختلفة من حديد ونحاس وزنك ومنجنيز ، والفيتامينات بكافة أشكالها ، بل حتى مجرد الماء القراح – كل هذا يجب أن يمر بتصريح خاص من الأمعاء الدقيقة . والمسئول الأول عن ذلك هو **الأهداب والزُغابات الدقيقة** التى تبطن الغشاء المخاطى للأمعاء كأنه زَغَب أو مخمل (قطيفة) مفروش .

أسباب سوء الامتصاص واختلاله : غنى عن القول إذن أن أسباب سوء الامتصاص قد تكون سابقة على ذلك ، أى من قصور فى الهضم ، أو تنشأ من خلل فى امتصاص الأمعاء نفسها .

فمن **أسباب قصور الهضم** : أمراض المعدة (الالتهاب المزمن – الأورام – استئصال المعدة جراحيا) ، أمراض البنكرياس (الالتهاب المزمن – الأورام) ، أمراض الكبد والمرارة (تليف الكبد ، انسداد قنوات الصفراء أو تسرب إفرازها) .

أما **أسباب اختلال الامتصاص** من الأمعاء نفسها فهى كثيرة ، أهمها :

– ضمور الغشاء المخاطى المبطن للأمعاء ، وينشأ عادة من حساسية لمادة « الجلوتين » الموجودة فى بروتينات بعض الحبوب كالقمح والشعير . تظهر أعراضه فى الأطفال عادة على شكل إسهال مستمر ، وفى البعض الآخر يتأخر ظهور الإسهال حتى مرحلة البلوغ . وهناك نوع آخر من ضمور الغشاء المخاطى شائع الانتشار فى المناطق الاستوائية من آسيا لكنه نادر فى أفريقيا ، يُعتقد أن سببه عدوى ميكروبية أو فيروسية ، ويستجيب للعلاج بالمضادات الحيوية .

– مع التهاب الغشاء المبطّن للأمعاء يختل أداؤه فيفسد امتصاصه . مثال ذلك عدوى ميكروبية كالدرن ، أو طفيلية كالجيارديا . أو يكون التهاباً غير نوعى ، أى بلا سبب معروف ، كما هو الحال فى مرض « كرون » – وهو مرض يصيب عادة آخر جزء فى المعى الدقيق ، ولكنه قد ينتشر بصورة متقطعة تشمل أجزاء أخرى من القناة الهضمية على طولها من الفم إلى الشرج . ومرض « كرون » هذا نادر الحدوث فى مصر بالمقارنة ببلاد أوروبا وأمريكا ، ولكنه آخذ فى الازدياد ، شأنه فى ذلك شأن زميله الآخر وهو التهاب القولون التقرّحى غير النوعى .

– هناك أمراض أخرى غير التهابية قد تصيب الغشاء المخاطى للأمعاء عن طريق الأوعية الدموية أو اللمفية أو الأعصاب المتصلة بها كما هو الحال فى مرض البول السكرى ، وتصلب الشرايين ، والأورام اللمفية ، ومضاعفات بعض الأدوية مثل النيوميسين ، أو تعرض الأمعاء للإشعاع .

– أخيراً هناك مجموعة من الأسباب المختلفة التى تؤدى إلى نقص شديد فى المساحة المتاحة للامتصاص من الأمعاء ، والتى سبق أن أشرنا إليها بمسطح الامتصاص الشبيه بملعب التنس ، والذى يغطى مساحة ٢٠٠ متر مربع . هذه المساحة قد تنكمش إلى أقل من النصف نتيجة استئصال جراحى ، أو من ناسور داخلى يوصل بين المعدة والأمعاء أو بين الأمعاء بعضها

والبعض ، يختزل طولها ويحولها إلى زقاق معزول تعشش فيه البكتريا الضارة .

الأعراض : أعراض سوء الامتصاص وعلاماته كثيرة لأنها مرتبطة بكل مكونات الغذاء ووظائفه ، حتى الماء القراح كما أسلفنا . ويمكن تصنيف هذه الأعراض فى مجموعات ثلاث :

(أ) أعراض إصابة الأمعاء نفسها ، كالإسهال والمغص والانتفاخ وكثرة الغازات والريح . ومن أهم أعراضها أيضا البراز الدهنى ، وهو براز كبير الحجم عادة ، فاتح اللون ، لامع ، كريه الرائحة ، يطفو على الماء فى حوض المرحاض ، وقد يحتاج إلى عدة محاولات من السيفون لشطف البراز العالق بجدران المرحاض .

(ب) أعراض نقص مكونات الغذاء وعلامات سوء التغذية ، كالهزال والأنيميا ولين العظام والتهاب الفم واللسان ، والتهاب الجلد ، وسيولة الدم مع سرعة النزف ، وتورم القدمين من قلة البروتين ، وضعف المقاومة عامة وكثرة الإصابة بالعدوى والنزلات .

(جـ) الأعراض والعلامات المرتبطة بالمرض الأصلى المسبب لسوء الامتصاص . مثال ذلك مرض الدرن إذا كان هو السبب ، أو البول السكرى ، أو الأورام اللمفية ، أو تليف الكبد .

التشخيص : تشخيص سوء الامتصاص ، إضافة إلى الفحص السريرى (الإكلينيكى) والسؤال التفصيلى عن تاريخ المرض ، يعتمد على وسائل وتحاليل معملية متعددة :

(١) تحاليل كيمائية هدفها اختبار الامتصاص من الأمعاء ، كقياس نسبة الدهن فى البراز ، وهى عادة لا تتجاوز ٦ جم فى اليوم الواحد ، ولكنها فى مرضى البراز الدهنى قد تزيد إلى ٢٠ جم أو أكثر . ويمكن أيضا اختبار كفاءة

الأمعاء فى امتصاص السكريات المختلفة كالجلوكوز (سكر أحادى يساعدنا فى التفريق بين أمراض البنكرياس وأمراض الأمعاء كسبب للبراز الدهنى) ، واللاكتوز (سكر ثنائى يحتاج لتفكيكه إلى إنزيم خاص فى جدار الأمعاء) ، والزيلوز (سكر تخليقى يتوقف على الامتصاص ولا يحتاج إلى هضم سابق) . وهناك أيضا اختبارات خاصة لقياس امتصاص فيتامين ب١٢ وحمض الفوليك اللذين يسبب نقصهما نوعاً شبيها بالأنيميا الوبيلة . وتستعمل النظائر المشعة فى فحوص خاصة لمثل هذه الحالات .

(٢) فحص الأمعاء الدقيقة بالأشعة ، وتستعمل لها مادة « الباريوم » بالفم ، وهى تظهر العلامات المميزة لسوء الامتصاص بصورة عامة ، كما تكشف عن التغيرات النوعية والتشوهات التشريحية التى تصيب الأمعاء كالتضيّق أو الناسور أو الالتهاب أو الورم .

(٣) فحص نسيج الأمعاء فى عينّة (خِزْعَة) تؤخذ من جدار الأمعاء ، إما عن طريق المنظار ، أو بوساطة كبسولة خاصة يحدد مكانها فى المعى لأخذ العينة . وفحص جدار الأمعاء يساعدنا كثيرا فى تحديد أمراضها المختلفة وخاصة ضمور الغشاء المخاطى ، والالتهاب بأنواعه ، والأورام اللمفية ، وتمدد الأوعية اللمفية ، وأمراض الطفيليات كالبلهارسيا والجيارديا ، وأمراض نقص التغذية مثل البلاجرا .

العلاج : علاج سوء الامتصاص يتوقف أساساً على تحديد سببه ومدى إصابته .

– هناك أمراض يكفى لعلاجها تحديد نوع الغذاء ، مثلا الامتناع عن شرب اللبن فى حالات نقص إنزيم اللا كتاز ، وهو الإنزيم اللازم لهضم سكر اللبن والذى يؤدى نقصه إلى الإسهال والمغص والانتفاخ ، وهو شائع جدا بين شعوب الشرق الأوسط ، وهؤلاء الناس يعرفون بالتجربة مشاكلهم مع اللبن ، وبعضهم يشربونه أحيانا كمسهل فى حالات الإمساك ، أما اللبن المخمّر كالزبادى و « اللبنة » والجبن فلا جناح عليهم .

– كذلك هناك نوع آخر من الإسهال سببه حساسية فى الأمعاء إلى البروتين الموجود فى القمح والشعير ، ويكفى لعلاج هؤلاء المرضى الامتناع عن تناول مثل هذه الأغذية كالخبز والمكرونة والبسكوت والكعك والبقسماط والفطائر والعجائن المصنوعة من دقيق القمح ، وتستبدل بهذه أنواع أخرى صالحة للاستعمال كالأرز والذرة والبطاطس والبطاطا . أما الحالات المزمنة والشديدة فيحتاج علاجها عادة إلى مركبات الكورتيزون .

– أحيانا تتكاثر الميكروبات المتطفلة فى الأمعاء الدقيقة وتستعمرها إذا اختل بناؤها من التهاب أو ورم أو تدخل جراحى . وعلاج هذه الحالات بالمضادات الحيوية يفيدها كثيرا ويقلل من مضاعفاتها ، ولكنه لا يغنى عن إزالة هذه الأسباب : الالتهاب النوعى (كالدرن) وغير النوعى (مرض كرون) بأدوية الالتهاب المعروفة ؛ الأورام بالعلاج الجراحى أو الكيميائى ؛ والتشوهات التشريحية بتقويمها .

– سوء الامتصاص ، على اختلاف أسبابه ، يؤدى إلى مضاعفات متعددة يمكن تعويضها عن غير طريق الفم . فالسعرات الحرارية والبروتينات اللازمة لبناء الجسم ودفعه بالطاقة يمكن تغذيتها بالمحاليل المناسبة عن طريق الوريد . والمعادن الأساسية (الحديد والكالسيوم والبوتاسيوم) والفيتامينات الضرورية (أ ، ب المركب ، ج ، د ، ك) كلها يمكن استعاضتها عن طريق الحقن لأن الامتصاص من خلال الفم والأمعاء غير مضمون .

– كما قلنا من قبل إن الهضم سابق على الامتصاص ، فعلينا أن نعالج هذه الأسباب متى وجدت : أمراض المعدة ، وأمراض البنكرياس ، وأمراض الكبد والقنوات المرارية – كل فى مجالها .

(٤) المِعَى العصبى

ويسمى عادة « القولون العصبى » أو « تقلص القولون أو المصران

الغليظ » ، وهو حالة من الألم أو الضيق بالبطن مصحوب بشعور بالامتلاء والانتفاخ واضطراب البراز دون مرض عضوى واضح . والمعى العصبى من أكثر أمراض الجهاز الهضمي شيوعا ، ومرضاه كثيرو التردد على الأطباء والتنقل بينهم . وهو آخذ فى الانتشار بين شعوب العالم الثالث إذ تقترب فى نموها من نمط الحياة الغربى بكل ما فيه من توترات عصبية وخروج على الطبيعة . وأغلب هؤلاء المرضى من الشباب وأواسط العمر ، وإن كان يصيب الأطفال أيضا ، ولكنه يندر أن يبدأ لأول مرة بعد سن الخمسين .

الأعراض : أعراضه الرئيسية هى ألم البطن ، واضطراب التبرز ، والانتفاخ .

الألم قد يتفاوت في الشدة من مجرد شعور بالضيق إلى ألم شديد بالبطن ، يصيب أى جزء منه ، ويغلب أن يكون فى أسفل البطن خاصة فى جانبه الأيسر . وألم القولون قد يعقب تناول الطعام ، وكثيرا ما تزول متاعبه بعد التبرز أو خروج الريح ، والبعض الآخر يزداد ألمه عقب التبرز .

اضطراب التبرز قد يغلب عليه الإسهال ، أو يغلبه الإمساك ، والبعض تتناوبه الحالتان . وكثرة إفراز المخاط من الأمعاء شائعة ، وفى حالات الإمساك الشديد يصبح البراز الجاف أشبه « بزبل » الماعز أو « بعر » الإبل ، ولكن خروج الدم مع البراز ليس سبباً مقبولاً لمجرد التقلص العصبى ، ويجب أن يفحص بكل دقة وحذر بحثاً عن أسبابه . وأما إسهال المعى العصبى فهو فى الحقيقة لهفة واستعجال فى خروج محتوياته ، ويغلب أن تكون هذه اللهفة وكثرة التردد على المرحاض عند الاستيقاظ فى الصباح ، وبعض المرضى لا يشعر أبدا بالرضا عن إفراغ كل محتوياته .

الانتفاخ قد يشتد حتى ليخلع الإنسان ملابسه من شدة الضيق ، ويصاحبه شعور بالامتلاء ، و « قرقرة » أو « زغونة » مسموعة . بعض الناس يحس

الضيق والألم خاصة أسفل الضلوع اليسرى ، وهو أعلى جزء من القولون ، فيظنون أنهم مرضى بالقلب أو الطحال . والبعض الآخر يشعرون بالتعب فى الجانب الأيمن فيتوهمون مرضاً فى الكبد أو المرارة . وآخرون متاعبهم فى أسفل البطن ، يميناً أشبه بالتهاب الزائدة الدودية ، أو فى النساء تشتبه الأوجاع بالتهاب المبيضين . وكثيرا ما تختلط أعراض القولون بأعراض المسالك البولية ، أو ينتشر الألم إلى الظهر أو إلى الفخذ .

التشخيص : فحص المريض يحدد القولون الآلم عند جَسّه ، وقد يُحس متقلصاً أشبه شيء بالخيارة أو الحبل الغليظ خاصة فى الجانب الأيسر السفلى من البطن . واستعمال المنظار القولونى لن يكشف أكثر من تقلص الأمعاء وغزارة الإفراز المخاطى ، ولكنه مع ذلك يساعد فى استبعاد الأمراض العضوية الأخرى وأهمها الأورام . ونفس الشيء ينطبق على فحص القولون بأشعة الباريوم . هذه الفحوص المساعدة قد تكشف عن تغيرات أخرى مصاحبة لتقلص القولون وخاصة المعروفة بجيوب أو رتوج (ردوب) الأمعاء ، وهى انتفاخات أشبه شيء بالفقاقيع الصغيرة الناتئة من جدار الأمعاء . وهذه الجيوب الصغيرة قد تلتهب أحيانا وتزيد من متاعب القولون . وأما فحص البراز فقد يكشف عن مسببات أخرى بكتيرية أو طفيلية لها دور فعال ، وخاصة فى أمراض المناطق الحارة كالدسنطاريا والأميبا والبلهارسيا . هذه المسببات يجب المبادرة إلى علاجها لأنها قابلة للشفاء .

إلا أننا يجب أيضا ألا نعزو كل مشاكل المعى العصبى ، بكل ما تحته من قلق أو إحباط أو اكتئاب نفسى ، إلى أسباب وهمية لا أساس لها . ولعل أقرب هذه الحالات وأكثرها انتشارا فى مصر هى « الأميبا المعوية » . يروح المريض جيئة وذهابا بين عيادات الأطباء ومعامل التحليل وهو يحمل معه عشرات الفحوص التى تؤكد وجود « أكياس أميبية » فى البراز ، ومعه أيضا عشرات « الروشتات » مكتظة بعشرات الأدوية لعلاج الدسنطاريا الأميبية –

وكلها بلا نتيجة ، لأن العبرة ليست بالأميبا بل بالإنسان ، الإنسان وقلقه وأعصابه ومخاوفه . هل تعلم أن تشخيص « الأميبا » فى البراز يتطلب فحصا طويلا ودقيقا وخبرة واسعة لتمييز هذا الطفيلى من عشرات غيره تتشابه معه ، منها مثلا قطرات الزيت أو خلايا فضلات الخضراوات ؟ هذا ما أثبتته دراسة نشرتها مجلة الجمعية الأمريكية لأمراض الجهاز الهضمى ، أكدت فيها أن تشخيص الأميبا أمر بالغ الصعوبة جدير بالحذر .

الأسباب : يتطرق بنا هذا المجال إلى الحديث عن أسباب المعى العصبى . فمن أهم هذه الأسباب :

١ - **القلق النفسى والاكتئاب** ، وقد يجتمع الأمران ، مما يحتاج إلى طول صبر وحسن إصغاء وتعاطف من جانب الطبيب المعالج . هذا التعاطف والتفاهم والشرح والتشجيع أساسى فى علاج المريض . والمعى العصبى فى المفهوم الحديث جزء من اضطراب عام يشمل القناة الهضمية كلها من المرىء إلى الشرج فيختل الأداء فى عضلات القناة وأعصابها ، ويؤدى إلى سرعة مرور المحتويات وهو الإسهال ، أو إلى العكس ، أى تقلص العضلات واحتجاز المحتويات مما يسبب الإمساك . وهذا الاختلال الوظيفى قد يعم فيشمل أجهزة أخرى ، كالمثانة البولية أو الرحم ، تؤدى إلى كثرة التبول أو عسر الطمث أو ألم فى الجماع .

٢ - هناك أسباب أخرى للمعى العصبى لها ارتباط وثيق **بنوع الغذاء** . بعض الناس لا يهضم اللبن لنقص فى إنزيم اللاكتاز ، وآخرون لا يحتملون الإفراط فى الفاكهة ، ونوع ثالث تمتلىء بطونهم بالانتفاخ والريح من أكل البقول كالفول والعدس ، أو الخضراوات كالبصل والثوم . وهناك عامل مشترك فى طعام الكثيرين ، وهو نقص الألياف مثل الرَدّة المستبعدة من الحبوب وخاصة القمح . هذه الألياف عنصر مكوّن أساسى فى الغذاء السليم ، ودورها هام فى تكوين حجم البراز المطلوب لتنبيه عضلات الأمعاء وحفز

حركتها . لا غرابة إذن فى انتشار متاعب القولون ومشاكل الإمساك المزمن مع اتجاه الشعوب النامية والآخذة فى النمو إلى نمط من الغذاء يفضل الدقيق الفاخر والرغيف الأبيض ، ولا يجد وقتا للمضغ والهضم إلا للوجبات السريعة والمشروبات الغازية . هذه إذن ضريبة أخرى من ضرائب التحضر .

٣ – علينا أن نذكر أيضا أن من أسباب المعى العصبى ما قد يعرض له من **التهاب سابق** ولو كان قد عولج من قبل ، وكثير من مرضى القولون العصبى يذكرون جيدا أن متاعبهم بدأت عقب علاجهم من حمى معوية أو دسنطاريا أو بلهارسيا . مثل هذه الإصابات السابقة ، رغم شفائها ، تطلق نوعا من الخلل الوظيفى فى أعصاب وعضلات القناة الهضمية يصعب استعادة توازنه ، خاصة إذا استقر على خلفية من التوتر النفسى

العلاج : علاج المعى العصبى ، بعد أن فصّلنا أسبابه ودواعيه ، واضح ومحدد :

١ – علاقة متفاهمة ومتعاطفة بين الطبيب ومريضه ، أساسها الوضوح والتشجيع والثقة . على الطبيب أن يشرح للمريض أسباب علّته ، وكيف نشأت أعراضها ، وكيف يمكن أن يتخلص منها . كثير من مرضى المعى العصبى يتوهمون أنهم مصابون بأمراض خطيرة ، وخاصة الخوف من الأورام والسرطان ، ويزداد خوفهم من كثرة التردد على العيادات وتناول الأدوية ، ومن يأسهم فى الشفاء القاطع ، يلومون الأطباء وينسون أنفسهم . جزء أساسى فى مهمة الطبيب المعالج أن يتأكد لنفسه ، وأن يؤكد لمريضه ، بالفحوص اللازمة من أشعة ومناظير وتحاليل معملية ، أن الأمعاء سليمة وبريئة من أى مرض عضوى ، وأن مشكلتها هى اضطراب وظيفى يمكن تصحيحه . وأن هذا التصحيح رهن بالمريض نفسه إلى حد كبير .

٢ – الأغذية : كثير من الناس لا يطيقون أنواعاً معينة من الأغذية ، أو لا يستريحون إلى الإفراط فيها : اللبن ، البقول ، بعض الخضراوات أو

الفاكهة ، الأسماك ، التوابل والحرّيفات (البصل ، الثوم ، الفلفل ، الشطة ، الكارى) . مثل هذه الأغذية لا حل لها سوى تجنبها .

٣ – هناك مصدر آخر لمتاعب القولون سببه كثرة ابتلاع الهواء ؛ يظن الناس أن انتفاخ البطن وكثرة الريح سببه تخمر أو عفونة فى الأمعاء ، وحقيقة الأمر أن السبب الأكبر هو ابتلاع الهواء مع بلع الريق : إما إفرازات متساقطة من الأنف والحلق والزور ، أو مضغ اللبان ومصّ الحلوى ، أو بلع الهواء أثناء التدخين ، أو شرب المياه الغازية ، ثم هناك جفاف الحلق من شدة التوتر والقلق وما يصاحبه عادة من كثرة بلع الريق . وبعض الأطباء والمرضى يستريحون لأدوية طاردة للغازات مثل الفحم (الكربون) أو مركبات السليكون ، أو زيت النعناع .

٤ – الأدوية كثيرة ولا ننصح بالإفراط فيها إلا لضرورة محددة . الإمساك خير علاج له الردّة : إما الردة العادية البلدية ، وهى متاحة من المطاحن والمخابز ، ملعقة كبيرة ٣ مرات أو أكثر يوميا مع مزيد من الماء أو السوائل لكى ينتفش حجمها ، أو على شكل أقراص : قرصين أو ثلاثة ٣ مرات يوميا . وهناك أدوية أخرى هدفها تضخيم حجم البراز ، مستخلصة من سليولوز بعض النباتات ، يمكن استعمالها لمن لا يقبلون الردة . أما الملّينات والمسهلات ، وخاصة العنيفة منها ، فلا ننصح باستعمالها كعلاج دائم .

الإسهال يستجيب فى بعض الحالات لتعديل الغذاء (انظر جزء « الإسهال ») ، وأحيانا نضطر إلى الأدوية .

ولمنع تقلص الأمعاء وآلامها هناك مجموعة كبيرة من أدوية البلادونا والأتروبين وأشباهها ، ننصح كبار السن عند استعمالها بالحذر من الأعراض الجانبية وخاصة مشاكل العين (الجلوكوما) والمثانة (تضخم البروستاتا) .

وهناك أدوية مركبة تجمع بين مانع لتقلص الأمعاء ومجموعة من إنزيمات

الهضم ومعها أيضا طارد للغازات ، أو تجمع بين مانع للتقلص ومعه أيضا مهدىء للأعصاب أو مطمئن للقلق .

٥ – علينا أيضا أن نذكر أن القلق كثيرا مايصاحبه الاكتئاب ، ومثل هذه الحالات قد تحتاج إلى **رعاية متخصصة فى الطب النفسى** ، وإن كان الكثيرون من هؤلاء المرضى يفضلون البقاء تحت إشراف طبيبهم الذى يستريحون إليه .

(٥) أورام الأمعاء

أورام الأمعاء يندر أن تصيب الأمعاء الدقيقة ، وأكثر هذه نسبيا هى **الأورام اللمفية** ، وأعراضها ألم بالبطن ، واضطراب فى التبرز يغلب عليه الإسهال ، وارتفاع فى الحرارة ونقص فى الوزن . هذه الحالات تشتبه عادة مع التهابات الأمعاء وخاصة تدرن الأمعاء ومرض « كرون » ، ويصعب التفريق بين هذه الأمراض فى المراحل المبكرة ، وإن كان الحذر يدعونا دائما إلى البحث عنها لأن أورام الأمعاء اللمفية لها انتشار خاص فى منطقة البحر الأبيض المتوسط .

أما أورام الأمعاء الغليظة ، وخاصة **سرطان القولون والمستقيم** ، فهى من أكثر أورام الجسم انتشارا ، وسنفصّل بقية هذا الجزء فى الكلام عليها . وقد كان الاعتقاد الشائع بين الأطباء أن سرطان القولون والمستقيم هو مرض الشعوب الغربية فى الدول المتقدمة النمو بعكس شعوب العالم الثالث ، ولكن الصورة الآن تختلف ، والباحثون يفسرون ذلك بتغير نمط الغذاء فى هذا العالم الثالث والاتجاه فيه نحو مزيد من الدهنيات ونقص فى الألياف مما يبطىء حركة الأمعاء ويشجع نمو البكتريا الضارة التى تساعد على ظهور السرطان .

منشؤه : سرطان القولون والمستقيم ينشأ عادة من ورم يبدأ حميداً فى

أوله ، وهو الورم الغُدّى أو السُّليلة (بولب) الشبيهة بحبة العنب ، ناتئة من الغشاء المخاطى ، وقد تكون واحدة أو أكثر . ورغم أن السرطان ينشأ عادة من سليلة ، إلا أن كل سليلة لا تعنى بالضرورة أنها ستتحول حتما إلى سرطان . على كل حال نحن نحرص على استئصال مثل هذه السلائل متى عثرنا عليها ، خاصة إذا كانت متعددة ، وأخطر من ذلك متى كانت وراثية أو عائلية . لذلك أصبح **المسح الشامل** لمجموعات من الناس المستهدفة للسرطان بهدف تشخيصه مبكراً ، وحتى فى المراحل السابقة على ظهوره ، أصبح هذا المسح الشامل سياسةً معتمدة فى كثير من البلاد المتقدمة .

وأكثر الناس استهدافا لهذا الورم هم من تجاوزوا سن الأربعين ، خاصة إذا شكوا من اضطراب فى الأمعاء أو تأكد وجود الدم فى البراز ولو بالتحليل المعملى المعروف باختبار « الدم المختفى » . مثل هؤلاء الناس يزداد الشك فيهم إذا كانوا من أقرباء الدرجة الأولى لمريض بالسلائل أو بأورام القولون والمستقيم ، أو كان مريضا بتقرح القولون الشامل الذى استمر أكثر من عشر سنوات . هنا نلجأ عادة إلى فحص القولون بالمنظار فحصا دوريا ، لأن الاكتشاف المبكر هو المفتاح الحقيقى لعلاج هذا المرض الخبيث .

الأعراض والتشخيص : أعراض أورام القولون والمستقيم ، سواء أكانت سلائل أم سرطاناً ، قد لا تكشف عن علامات محددة فى المرحلة المبكرة ، ولكن متى اشتكى مريض باضطراب فى طبيعة الأمعاء ، إسهال أو إمساك أو كليهما ، وكان قد جاوز منتصف العمر وأحس بألم فى البطن أو رأى دماً فى البراز ، أحمر صافياً أو أسود مختلطاً ، فعلينا أن نفحصه بمنتهى الاهتمام والحذر ، خاصة إذا كان لونه باهتا من الأنيميا ، أو حدث نقص ملحوظ فى وزنه . والخطأ الشائع فى مثل هذه الحالات أن يعتقد المريض أن مشكلته هى مجرد بواسير بسيطة لا تدعو إلى الانزعاج ، وأسوأ من ذلك أن تُجرى له عملية جراحية لاستئصال البواسير دون محاولة لفحص القولون فحصا

شاملاً . كَم مِن مريض فقد حياته لمجرد إهمال فحص الشرج والمستقيم بالإصبع والمنظار ، لأن البواسير قد تصاحب أمراضاً أخرى أهم منها بكثير : تقرح القولون ، والسلائل ، والأورام الخبيثة ، وكلها فى متناول العين الفاحصة واليد المتمرسة على بعد سنتيمترات من فتحة الشرج !

الفحص السريرى (الإكلينيكى) قد يكشف عن ورم فى القولون نفسه أو من تراكم البراز وراءه ، ولكن ذلك فى القليل . فحص الشرج بالإصبع – كما أشرنا من قبل – يكشف عن ثلث أورام المستقيم ، فإذا طلبنا من المريض أن « يحزق » أثناء الفحص استطعنا أن نحس نصف الأورام .

المنظار القولونى باستعمال الألياف الضوئية يمكن أن يكتشف جوف الأمعاء الغليظة كلها ، ومن خلاله يمكن أخذ العينات النسيجية للفحص من أى مكان مشتبه .

فحص المستقيم والقولون بأشعة الباريوم فى الحقنة الشرجية يساعد هو الآخر فى التشخيص . ولمزيد من المعلومات يمكن فحص البطن بأشعة الكمبيوتر المقطعية لتحديد مدى انتشار الورم من جدار القولون إلى الخارج .

ولما كان الكبد هو المحطة الأولى التى قد ينتشر إليها الورم من الأمعاء ، لذا نحرص دائما على تقييم حالة الكبد بالفحص السريرى وبوسائل التصوير المعروفة : الموجات فوق الصوتية ، والنظائر المشعة ، وأشعة الكمبيوتر المقطعية .

أما المعمل فله تحاليله المفيدة : صورة الدم ، وفحص البراز للدم المختفى ، والبحث عن دلالات الأورام وخاصة المستضد(*) المعروف باسم CEA(Carcino-embryonic antigen) .

(*) المستضد : مادة تستثير المناعة فى الجسم لتكوين أجسام مضادة .

العلاج :

– علاج **سلائل القولون والمستقيم** يكون عادة باستئصالها من خلال المنظار ولو تعددت ، ثم تُفحص السلائل المستأصلة فحصا باثولوجيا لمعرفة طبيعة الخلايا وما إذا كانت حميدة أم سرطانية . ولا ينتهى الأمر عند هذا الحد ، إذ يجب أن يُفحص القولون والمستقيم بالمنظار فحصا سنوياً لاكتشاف أى سلائل جديدة لاستئصالها .

– أما **سرطان القولون والمستقيم** فعلاجه جراحى فى المقام الأول ، هدفه الاستئصال الجذرى إن أمكن ، وإلا اكتفينا بالعلاج الملطّف . والعلاج الجذرى يحتاج عادة لاستئصال نصف القولون ، الأيمن أو الأيسر حسب مكان الورم .

– أما علاج الأورام بالإشعاع ، أو بالكيماويات مثل الفلورويوراسيل والميتوميسين فتنفع خاصة فى العلاج الملطف أو حيث لا يمكن استئصال الورم . ولا ينتهى الأمر أيضا إلا بالمتابعة المستمرة للمريض : الفحص الإكلينيكى ، والمنظار ، وتحليل الدم خاصة للدليل CEA ، ثم فحص البطن بالموجات فوق الصوتية . هذا الفحص الأخير هدفه المراقبة المستمرة للكبد بحثاً عن أى أورام ثانوية فيه ، ومثل هذه الثانويات تستجيب أحيانا للعلاج الكيميائى عن طريق شريان الكبد ، وفى حالات نادرة يمكن استئصال فصٍ من الكبد إذا كان الورم الثانوي محدودا .

(٦) التهابات الأمعاء

التهاب الأمعاء قد يكون حاداً قصير المدة ، أو مزمنا يطول بقاؤه . كذلك قد يصيب الالتهاب الأمعاء الدقيقة خاصة ، أو يقع العبء على الأمعاء الغلاظ أساساً ، وأحيانا يشمل المرض المنطقتين معا ، وقد يمتد إلى المعدة .

الأسباب : أسباب الالتهاب متنوعة : بعضها يوصف بأنه نوعى ، أى أن

سببه معروف ومحدد ، والبعض الآخر غير نوعى – أى أنه مجهول السبب .

وأسباب الالتهاب النوعى قد تنشأ من ميكروبات معينة منها الفيروسات والبكتريا ، ومنها الطفيليات والفطريات .

وهناك أنواع أخرى من التهاب الأمعاء تتميز باختلال جهاز المناعة فى الجسم وتُحدِث تغيرات محددة ، وإن لم تعرف أسبابها المباشرة . هذا الجهاز المناعى قد يفرط فى استجابته لبعض الحالات ، وقد ينقص فى حالات أخرى (كما فى مرض « الإيدز ») ، وفى كلا الحالين تلتهب الأمعاء ويختل أداؤها . أضف إلى ذلك أن نقص المناعة فى الجسم يفتح الباب للعدوى بميكروبات غير عادية توصف أحيانا بأنها « انتهازية » ، تعيث فى الجسم فساداً ويصعب تشخيصها وعلاجها .

التهابات الأمعاء إذن بالغة التنوع متعددة الأسباب يصعب حصرها ، كما أن مجموعة الأمراض فى منطقة معينة وذات ظروف محددة يختلف نمطها من مكان إلى مكان ، ومن زمان إلى زمان آخر . وفى بلاد العالم الثالث ، وأكثرها استوائى أو شبه استوائى ، وحيث تتخلف وسائل الصحة من مياه وصرف ونظافة ، تكثر الإصابة بمصادر العدوى وينتشر المرض . يكفى أن تعلم أن النزلات المعوية وما يصاحبها من جفاف تقتل سنويا خمسة ملايين طفل فى العالم . والأميبا المعوية تصيب أكثر من ٦٠٠ مليون شخص ، والبلهارسيا ٢٠٠ مليون (منهم على الأقل ١٠٪ من المصريين) . أما الديدان المعوية فحدّث ولا حرج . وأما التسمم الغذائى فظاهرة عادية يومية .

قارن ذلك بشعوب العالم المتقدم ، أوروبا وأمريكا ، حيث تقل الدسنطاريا والطفيليات المعوية ويندر التيفود والدرن ، ولكن لها نصيبها هى الأخرى : التقرح القولونى غير النوعى ، ومرض كرون ، والتهاب ردوب أو رتوج (جيوب) الأمعاء ، ومضاعفات مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) .

سنعرض إذن بإيجاز لطائفة من أهم أنواع التهاب الأمعاء ، ذاكرين أعراضها وعلاماتها وعلاجها .

(أ) التهاب الأمعاء الفيروسي :

الفيروسات كائنات دقيقة أصغر حجما من البكتريا ، تدخل عادة عن طريق الفم والحلق ، تصيب الأمعاء وتشمل معها المعدة عادة . أهمها النوع المعروف بالروتا فيروس ، يسبب مرضا حادا قصير المدة ، يتميز بارتفاع الحرارة ، والأوجاع والإعياء ، والغثيان أو القيء ، ثم أمغاص البطن والإسهال . هذا الإسهال قد يكون شديدا يؤدى إلى الجفاف وينذر بالخطر ، ويمكن تداركه بالمحاليل المناسبة المحتوية على الجلوكوز والالكتروليات اللازمة (الصوديوم ، البوتاسيوم ، الخ ...) . وأكثر المرضى يُشفون خلال أيام قبل أن تتاح الفرصة لتشخيص الفيروس بصورة مؤكدة .

هناك أنواع أخرى من الالتهاب المعوى الفيروسي يكثر حدوثها بين السياح وجماعات المؤتمرات ونزلاء الفنادق بصورة شبه وبائية . وهناك أسباب أخرى غير فيروسية في مثل هذا الإسهال - يسمونه « **إسهال السياح** » - منها بكتريا الأمعاء وبكتريا التسمم الغذائي ، وبعضها أنواع من الطفيليات مثل الجيارديا والأميبا . وكلها قصير المدة قابل للعلاج المناسب .

(ب) التسمم الغـذائي :

ينشأ من ابتلاع مواد ضارة تلهب المعدة والأمعاء وتؤدى إلى المغص والقيء والإسهال وفقد الماء والعناصر الضرورية (الالكتروليات) التي تهدد الحياة . هذه المواد الضارة قد تكون **أنواعا من البكتريا الملوثة للغذاء** ،

تتكاثر داخل الجسم بعض الوقت حتى تحدث الأعراض ، أو تكون **سموماً** (تسمى « توكسين ») متولدة من البكتريا وجاهزة للإصابة مباشرة .

مثال النوع الأول بكتريا السلمونيلا وبكتريا الكلوستريديوم ، مصادرها اللبن واللحوم والدواجن ، وتحتاج الأعراض لبعض الوقت قد يمتد إلى يوم أو أكثر . ومثال النوع الثانى هو توكسين الميكـروب العنقـودى (ستافيلوكوكس) ، مصادره من يشتركون فى تداول الطعام وإعداده كالطهاة ، وأعراضه عاجلة فى ساعة أو نحوها ، والقىء والإسهال الناجمان عنه يؤديان إلى الجفاف وانخفاض الحرارة .

وهناك نوع ثالث من التسمم هو « **البُتيولية** » ، مصدره المأكولات المحفوظة والمعلبة الملوثة ، ويؤدى إلى شلل الأعصاب والأطراف .

التسمم الغذائى يغلب أن يصيب أفراداً عدة بشكل وبائى ، أكلوا من طعام مشترك . أذكر ، قبل أربعين سنة ، وأنا طبيب استقبال بقسم الحوادث بمستشفى قصر العينى ، أن كنت مكلفاً بالتصرف فى ذلك اليوم . وفجأة انهالت علينا سيارات الإسعاف تنقل إليها عشرات من المصابين بالقىء والإسهال ، والسبب : أكلة « كُسْكُسى » من عربة متجولة . كان المرضى يأتون فى أفواج : أولا من حى الحسين ، ثم من حى الجمالية ، ثم من باب الشعرية ، فلما وجدت الوافدين قد وصلوا من حى العباسية اتصلت بشرطة النجدة أطلب منهم التدخل للقبض على بياع الكسكسى !

العلاج فى مثل هذه الحالات لا يكتفى بغسيل المعدة وتسكين الألم وتعويض الجفاف والالكتروليات الفاقدة ، بل علينا أيضا أن نجمع مخلفات القىء والبراز وبقايا الطعام المشتبه لتحليل وتحديد السبب ، وكذلك فحص الأفراد الذين يتداولون مثل هذه الأطعمة لوقاية المجتمع .

هناك **أسباب أخرى للتسمم الغذائى** يجدر بنا أن نذكرها ولو لمجرد

الحصر . هناك أجناس من النباتات السامة قد تختلط بمصادر الطعام ، أشهرها أنواع معروفة من « عيش الغراب » يكثر أكلها فى أوربا لا فى مصر . وأنواع أخرى من الفطريات تختلط بالحبوب كالقمح يجدر بنا أن نتنبه لها . ومصادر أخرى حيوانية خاصة الأسماك والمأكولات البحرية تسبب أحيانا التسمم ، وهو أمر آخر غير الحساسية الشخصية . ثم هناك التسمم الغذائى بالمواد الكيميائية ، منها المبيدات المستعملة ضد الفطريات والحشرات . وأخيرا هناك التسمم بالزرنيخ والتوكسافين وعشرات غيرها ، إن عَرَضاً أو عمداً ، ولكن هذا مجال آخر .

(جـ) الكوليرا (الهيضة) :

مرض معدٍ حاد يتميز بإسهال شديد وقىء فيسبب فقدان السوائل والالكتروليات مما يؤدى إلى جفاف الجسم وفشل الكليتين . **سببه** ميكروب يلوث المياه والطعام من فضلات الإنسان ، يعيش متوطناً فى مناطق من آسيا وخاصة الهند ، وينطلق فى موجات وبائية إلى بلاد كثيرة ومنها مصر خاصة بعد موسم الحج .

العدوى بميكروب الكوليرا تمر بمرحلة حضانة تستغرق ساعات إلى أيام قليلة ، ثم يندفع القىء والإسهال بصورة عنيفة مصحوبين بالمغص وتقلص العضلات وهبوط الدورة الدموية ، وقد يفضى ذلك إلى الموت فى ٢٤ ساعة . هناك حالات أخف من ذلك بكثير ، خاصة النوع المعروف بميكروب « الطور » ، وفى البؤرات التى تتوطن بها الكوليرا يكثر حاملو الميكروب الذين لا يشكون من أعراض أو من مجرد إسهال بسيط .

وفى السنوات الأخيرة حدثت ثورة فى علاج الكوليرا بعد أن تنبهنا إلى أن سببها ليس خللاً فى الامتصاص من الأمعاء لأنها سليمة ، وإنما السبب هو

فرط الإفراز منها . **والعلاج** الحديث يعتمد على تعويض الفاقد من الجسم بإعطاء محلول الملح والجلوكوز مضافا إليه البيكربونات (لمنع حموضة الدم) والبوتاسيوم ، عن طريق الفم عادة أو فى الوريد إذا لزم الأمر . أما العلاج بالتتراسيكلين فقد يفيد أحيانا ، وأما التطعيم فمحدود القيمة قصير المفعول .

(د) التيفود والباراتيفود :

هذه المجموعة من بكتريا السلمونيلا (التيفود والباراتيفود أ ، ب ، ج) تسبب حمى مستمرة لعدة أسابيع مصحوبة باضطراب فى الأمعاء ، ومصدر العدوى هو مياه الشرب أو الأطعمة الملوثة من فضلات الآدميين (البول والبراز) من مرضى أو حاملى الميكروب .

تنتشر هذه الأمراض بصورة متوطنة فى البيئات التى تتخلف فيها وسائل الصحة من شرب وصرف ونظافة ، وتنفجر أحيانا بشكل وبائى متى تهاونت أجهزة الرقابة الصحية حتى ولو فى أرقى المجتمعات .

■ من أشهر هذه الحالات حالة « مارى التيفودية » ، وكانت حاملة لميكروب التيفود وتعمل طاهية فى نيويورك ، تسببت فيما لا يقل عن عشرة أوبئة مرض بها ما يزيد على خمسين مريضا توفى منهم ثلاثة .

ينتقل الميكروب بعد ابتلاعه من الأمعاء إلى الجهاز الشبكى البطانى (الكبد والطحال والعقد اللمفية ونخاع العظم) حيث يتكاثر ، وهى مرحلة الحضانة الكامنة وتستغرق أسبوعا إلى ثلاثة ، ينتقل بعدها ليغزو الدم بأعداد كبيرة فتبدأ الحمى وتستمر فى المتوسط ثلاثة أسابيع ، تتراجع بعدها حتى تشفى . وفى أثناء المرض يشعر المريض باضطراب الأمعاء ، إمساك أو إسهال ، وانتفاخ

البطن ، ويكون اللسان عادة مغطى بطبقة كثيفة ، والطحال متضخما محسوسا . أما فى الأطفال فيظهر التيفود عادة على شكل نزلة حادة فى المعدة والأمعاء يغلب عليها الإسهال الشديد .

ويتأكد **تشخيص** المرض بزرع الميكروب من الدم أو البول أو البراز ، ويساعد فى التشخيص ظهور الأجسام المناعية المضادة فى الدم (اختبار فيدال) .

والعلاج عادة بدواء الكلورامفينيكول ، وأحيانا نلجأ إلى الأمبسلين والكوترايموكسازول . وبعض المرضى ينتكسون بالحمى مرة أو أكثر ، ويستجيبون عادة لتكرار العلاج .

أمور تستحق الاهتمام :

يستطيع القراء أن يجدوا مزيدا من التفاصيل عن الأمراض التيفودية فى كتب الحميات والأمراض المُعْدية والوبائية ، إلاّ أننا رأينا ، فى كتابنا عن الأمراض المخصصة للجهاز الهضمى ، أن نلفت النظر إلى بعض الأمور ذات الدلالة :

□ كثير من مرضى التيفود والباراتيفود يمارسون حياتهم اليومية دون أن يتنبهوا إلى ارتفاع درجة الحرارة ؛ هو مجرد إمساك أو إسهال أو مغص أو انتفاخ بسيط ، إلى أن تشتد الحمى أو تتأزم المضاعفات فيلجأون إلى الطبيب .

□ أخطر مضاعفات التيفود هى نزف الأمعاء وانثقابها ، وأكثر حدوثها فى الأسبوع الثالث . مصدر المشاكل هو التجمعات اللمفية المسماة « لَطْخَات باير » فى آخر المعى الدقيق ، تلتهب وتتعرض للنزف أو الثقب . علامات النزف : هبوط وإغماء ، انخفاض مفاجىء فى الحرارة وسرعة فى النبض ، شحوب فى اللون وعلامات الصدمة ، ثم براز مختلط بدم أحمر قانٍ أو أسود . وأهم علاج لإنقاذ الموقف : نقل الدم .

أما انثقاب الأمعاء ، وقد يكون متعددا ، فيغلب أن يكون فى الحمى الشديدة المصحوبة بالإسهال والريح ، وقد يصاحب النزف ، وأحيانا يحدث فى أهون الحالات . علامات الانثقاب : الصدمة المفاجئة والالتهاب البريتونى ، ألم فى أسفل البطن الأيمن (يُخطأ أحيانا على أنه التهاب فى الزائدة الدودية) وانتفاخ ، سرعة النبض وانخفاض فى درجة الحرارة أولا ثم ارتفاع ثان مع التهاب البريتون وازدياد فى عدد كريات الدم البيضاء . العلاج الناجز : المضادات الحيوية والجرّاح والمستشفى .

□ بعض حالات سلمونيلا التيفود والباراتيفود تصيب مرضى بلهارسيا الكبد وتضخم الطحال وتتخذ شكلا مزمناً يختلف عن الحمى التقليدية ، يستمر ارتفاع الحرارة أسابيع وشهورا ، وتتميز بالتأرجح وتصاحبها القشعريرة حتى لتشبه أدوار الملاريا . مثل هذه الحالات تحتاج إلى علاج مزدوج : علاج التيفود أو الباراتيفود ، وعلاج البلهارسيا معاً .

□ المرارة تلتهب أحيانا التهاباً حادا كجزء من الحمى التيفودية ، وأحيانا أخرى تصاب بالالتهاب المزمن ، وعندئذ قد تظل ساكنة ، أو تساعد فى تكوين حصوات المرارة ، أو تصبح وكراً لميكروبات السلمونيلا حاملا لعدوى الآخرين .

(هـ) جياردیا لامبليا :

هذا الطفيلى وحيد الخلية واسع الانتشار فى العالم كله ، يعيش فى شكله « الخَضَرى » متحركاً بوساطة هدب أشبه بالسوط فى طرفه ، أو يتحوصل ساكنا فى أكياس صغيرة هى وسيلته فى العدوى والانتقال بها من شخص إلى آخر عن طريق الدورة المعروفة : من البراز إلى الفم . يستقر الطفيلى فى مكانه المفضل وهو أعلى الأمعاء الدقيقة حيث يتوافر إفراز الصفراء ،

ويلتصق هذا الكائن الدقيق ببطانة الغشاء المخاطى للأمعاء فيعرقل أداءها ويعوق امتصاصها وخاصة للدهنيات .

أهم **الأعراض** الإسهال وسوء الامتصاص ، ويحدث هذا إما فى صورة حادة وخاصة فى إسهال السياح والمسافرين ، أو فى صورة مزمنة تمتد أسابيع وشهورا ، وأحيانا يظل الطفيلى معايشاً للعائل دون أعراض تذكر . تكثر الإصابة بالجيارديا لامبليا فى الأطفال ، وتنتشر العدوى بين أفراد الأسرة وفى بيوت الحضانة ورياض الأطفال ، عندئذ فتش عن الإسهال وضعف النمو .

وسيلة **التشخيص** اكتشاف الطفيلى فى البراز الطازج ، وقد نضطر أحيانا إلى البحث عنه فى محتويات الأمعاء العليا بشفطها من أنبوبة تدخل عن طريق الفم أو الأنف .

العلاج باستعمال مترونيدازول أو تنيدازول .

(و) الدسنطاريا (الزُحار) :

يطلق اسم الدسنطاريا على مجموعة من الأمراض المُعْدية التى تسبب التهاب الأمعاء الدقيقة والغليظة وتتميز بالإسهال المصحوب بالمخاط والدم فى البراز ، مع آلام بالبطن أو زَحير (تَعَنِّى) .

أشهر **الأسباب** نوعان : الدسنطاريا الباسيلية ، والدسنطاريا الأميبية . أما **البلهارسيا ، وهى مرض مصر المتوطن الأول ، فيجب أن نضمها أيضا إلى** مجموعة الدسنطاريا كسبب ثالث مهم .

إلا أن **أعراض** الدسنطاريا كثيرا ما تتشابه مع أمراض أخرى نوعية أو غير نوعية تسبب التهاب الأمعاء ويصعب التمييز بينها أحيانا . وسنذكر فيما يلى وصفا موجزا لأهم هذه الأمراض .

(١) الدسنطاريا الباسيلية :

سببها ميكروب « شيجلا » الذى يشبه العصية [ومعناها « باسيل bacillus »] ، وهو على أنواع . وتنتقل العدوى بالبراز من المريض أو حامل الميكروب إلى شخص آخر عن طريق ماء الشرب أو الأطعمة أو الذباب ، وتنتشر الدسنطاريا الباسيلية خاصة فى رياض الأطفال والمدارس والمعاهد من دورات المياه والمطاعم القذرة . تصيب الدسنطاريا أساساً الأمعاء الغليظة ، ويفرز الميكروب المادة السامة أو « التوكسين » الذى ينتشر ويمتد أذاه إلى ما بعد الأمعاء .

يبدأ المرض عادة فجأة : صداع وارتفاع فى درجة الحرارة ، غثيان وقىء ، مغص بالبطن وإسهال قد يصاحبه الدم . يستمر المرض فى الحالة البسيطة أياماً قليلة يشفى بعدها ، ويندر أن يتحول المريض إلى حامل مزمن للميكروب . أما الحالات الشديدة فالحمى فيها مرتفعة ، ووجع البطن مؤلم ، والتعنّى والإسهال لا ينقطع ، والدم غزير ، وفقد سوائل الجسم يشرف على الجفاف . مثل هذه الحالات قد تفضى إلى مضاعفات خطيرة كالتهاب المفاصل ، والتهاب الأعصاب ، والتهاب قزحية العين ، والبعض يؤدى إلى ثقب الأمعاء والتهاب البريتون .

تشخيص الدسنطاريا الباسيلية يعتمد على فصل الميكروب من البراز أو أخذ مسحةٍ من الشرج .

العلاج بأن يخلد المريض للراحة ، وتعويض سوائل الجسم المفقودة ، وتناول الأدوية المضادة .

وعلينا ألاّ ننسى أن الدسنطاريا الباسيلية ليست السبب الوحيد لهذه الأعراض ، أى ألم البطن والبراز المُدَمّى . هناك أيضا أمراض الأميبا ، والبلهارسيا ، وتقرح القولون غير النوعى ، ومرض كرون ، والتهاب جيوب

القولون ، وأورام الأمعاء ، وعشرات غيرها . وحيثما اختلط الأمر وصعب التشخيص ، لجأنا إلى فحص القولون بالمنظار وأشعة الباريوم .

(٢) *الدسنطاريا الأميبية :*

تختلف عن الباسيلية من عدة وجوه : فهى أخف أثرا ولكنها أميل إلى المعاودة والإزمان . سبب المرض هو الـ « إنتميبا هستولتكا » ، وهو كائن وحيد الخلية يعيش متحركا فى القولون ويغزو جدار الأمعاء ، وقد ينتقل منه إلى الكبد فيحدث فيه خراجا أو أكثر ؛ أو تسكن الأميبا وتتحوصل فى أكياس منيعة تستقر فى جوف الأمعاء ثم تخرج مع البراز ومنه تنتقل إلى شخص آخر عن طريق الفم . ووسائل الانتقال هى الدورة التقليدية مع تلوث مياه الشرب والأطعمة والذباب .

أكثر مناطق الأمعاء إصابةً بالأميبا هى الأعور والقولون السينى والمستقيم . هنا تنفذ الأميبا فى الغشاء المخاطى وتأكل فيما تحته فتقرّحه ، وإن كانت هذه القروح تظل متناثرة تاركة بقية الجدار سليما فيما بينها ، وتلتئم هذه القروح بمرور الوقت دون أن تترك كثير ضرر فى الأغلب .

يبدأ المرض عادة مُخَاتِلاً خفيف الأعراض : إسهال بلا حمىً ؛ وجع بالبطن غير محدد وغير عنيف ؛ شعور بالضيق والقولون حساس عند جَسّه باليد ؛ الزُحار (التعنية) قليل ، والدم فى البراز نادر .

وتشخيص الدسنطاريا الأميبية عن طريق فحص القولون بالمنظار يبين القروح المتناثرة تاركة بقية الغشاء المخاطى سليماً فيما بينها ، وهو منظر يختلف عن الدسنطاريا الباسيلية وعن التهاب القولون غير النوعى حيث يكون غشاء الأمعاء ملتهبا التهابا شاملا منتشرا .

أما تحليل البراز فمصدر للتشخيص والبلبلة فى آن واحد ، لأن فحص

البراز بحثاً عن الأميبا المَرَضية (أى الإنتميبا هستولتكا) يجب أن يفحص طازجاً ، أى بعد التبرز مباشرة حتى نستطيع التعرف على الأميبا وهى نشيطة متحركة قبل أن تسكن وتتحوصل ، وإلا صعب تمييزها من أنواع أخرى من الأميبا المسالمة التى تعايش أمعاء الإنسان الطبيعى دون أى مرض ، وخاصة المسماة « إنتميبا كولى » . فإذا تحوصلت الأميبا المرضية وتحولت إلى أكياس ، وجدنا نفس الصعوبة فى التفريق بين أكياس الأميبا المَرَضية والأميبا المسالمة لأنها متشابهة لا يميزها إلاّ الخبير ، أضف إلى ذلك أن أكياس الأميبا نفسها تختلط فى شكلها مع عشرات أخرى من مكونات البراز وفضلاته التى لا تعنى شيئا . من هنا نشأ فى الممارسة الطبية موقف غريب : إفراط فى تشخيص الأميبا من ناحية المعامل والأطباء (ونسميه حُب الأميبا أو الأميبا فيليا) ، يقابله من الناحية الأخرى خوف مبالغ فيه من المرضى (رُهاب الأميبا أو الأميبا فوبيا) .

هذا لا يعنى بالطبع أن الإصابة بالأميبا قليلة فهى منتشرة بمصر ولكن أكثرها من حاملى الأكياس ، أما الشاكون منها فمعظمهم مرضى بالمعى العصبى (انظر جزء « المعى العصبى » بالكتاب) . وهذا لا يعنى أيضا أنه ليس للأميبا مضاعفاتها التى قد تصل إلى حد الخطورة كما فى خراج الكبد الأميبى ، ولكن هؤلاء أقلية (انظر أمراض الكبد فى الكتب المختصة) .

أما **علاج الأميبا** فله أدوية متعددة ، أكثرها استعمالاً هو المترونيدازول أو تنيدازول . هذا بالنسبة للأميبا النشيطة المتحركة التى تلتهم أنسجة الأمعاء وقد تنتشر إلى الكبد . أما أكياس الأميبا فلها دواء ديلوكسانيد . وأحياناً نجمع بين الغرضين لعلاج الأميبا المتحركة والمتكيّسة معاً . وهناك أدوية أخرى فعالة ومفيدة لعلاج الأميبا .أما مركبات الكوينولين ، فكانت قد تعرضت للاتهام بعد أن نُشرت من اليابان تقارير عن أعراض جانبية فى الجهاز العصبى والعين من تناول هذه المركبات . وقد ثبت لنا بالخبرة والتجربة ، فى مصر

وغيرها ، وعلى مدى خمسين عاما أو تزيد ، أن هذه المركبات ما زالت فعالة ومفيدة ، وأن المضاعفات المذكورة تقتصر على اليابان ومرتبطة بظروفها ، أو بسبب اختلافات عرقية أو عنصرية . وأما دواء الإميتين العتيد ، وأضراره على القلب معروفة ، فقد بطل استعماله . ويبقى دواء أخير وهو الكلوروكوين الذى ينفع أحيانا فى علاج خراج الكبد الأميبى .

يجدر بنا أن نذكر أن كثيرا من الأدوية المستعملة لعلاج الأميبا لها مفعول آخر مزدوج كمضاد للبكتريا ، وهذا يفسر نجاحها فى علاج كثير من النزلات المعوية التى ليست دائما أميبية فى أساسها ولكنها تُحسب عليها . ومن الناحية الأخرى نلاحظ أن استعمال أدوية الإسهال والنزلات المعوية والمغص العصبى ، قد انتشر بصورة مزعجة تفتقر إلى مشورة الطبيب وترشيد المستهلك . أضف إلى ذلك أن الصورة المعروفة للنزلات المعوية التقليدية قد اختل نمطها والتبس تشخيصها بعد أن تدخل العلاج المبتسر ، وكثير منه فى غير موضعه ، فحرّف مسيرة المرض وتحديد طبيعته .

(٣) بلهارسيا الأمعاء :

مرض البلهارسيا ، كما هو معروف ، مرض مصر المتوطن الأول ، يصيب ملايين الناس وخاصة فى المناطق الريفية ، ويستحق إفراد كتاب خاص لهذا المرض ومضاعفاته فى المسالك البولية والأمعاء والكبد والرئة والقلب وغيرها من أعضاء الجسم . إلاّ أننا فى نطاق كتابنا عن أمراض الجهاز الهضمى سنقصر الكلام على بلهارسيا الأمعاء .

دودة البلهارسيا فى مصر نوعان ، أحدهما يصيب أساسا المسالك البولية ، وهو بلهارسيا (شِسْتوسوما) هيماتوبيوم ، والآخر يصيب أساسا الأمعاء والكبد ، وهو بلهارسيا مانسونى .

تعيش دودة البلهارسيا فى الوريد البابى للكبد ، وترتحل إلى جدار الأمعاء

فتضع هناك بويضاتها . وفى طريقها إلى النفاذ خلال جدار الأمعاء ، تُحدث البويضات التهاباً فى الأمعاء تتفاوت شدته من تكوين تجمعات حبيبية وتسلّخات صغيرة إلى سلائل كبيرة تشبه الأورام وتسبب تقرحاً ونزفاً كثيرا . وقد يخمد الالتهاب فتندثر البويضات وتتكلّس (أى يرسب فيها الكالسيوم) محدثة ما نسميه « باللطعات الرملية » ، أو يحل محله نسيج ليفى كثيف يسبب تضيّق الأمعاء والتصاقها .

تظهر **أعراض بلهارسيا الأمعاء** كأوجاع فى البطن محتملة ، واضطراب فى التبرز يغلب عليه الإسهال . أما الحالات الشديدة وخاصة المصاحبة للسلائل فلها علامات الدسنطاريا كما وصفناها : ألم شديد فى القولون ، وزُحار (تعنية) من التهاب المستقيم ، ومخاط غزير ودم فى البراز . وهناك أيضا علامات أشمل : الأنيميا وسوء التغذية من النزف وضعف الشهية ، مظاهر التسمم من شدة التقرح والتقيح ، تورّم (تعجّر) فى السلاميات الطرفية لليد والقدم ، وقد يصاحبه تضخم فى الرسغ (المعصم) والكاحل .

وفحص البطن بجَسّ اليد يبين القولون الآلم ، وقد يكشف عن تليفات والتصاقات حول المصران السينى تشبه الأورام وتسبب ضيق الأمعاء وتكاد تسدّها . أما سلائل القولون ، وهى زوائد التهابية نسيجية من بطانة القولون تشبه حبات العنب وتسمى الواحدة منها سليلة أو « بُولِب » ، هذه السلائل أو السليلات يصعب جَسُّها بملمس اليد وإنما ترى بالمنظار أو بأشعة حقنة الباريوم ، وإن كانت السلائل الشديدة قد تبرز تلقائيا من خلال فتحة الشرج .

تشخيص بلهارسيا الأمعاء يعتمد على **رؤية البويضات فى البراز** ، وهى عادة من نوع « مانسونى » ذات الشوكة الجانبية ، ويفحص البراز بالميكروسكوب إن وُجد إيجابيا . إلا أن كثيرا من حالات بلهارسيا الأمعاء توجد سلبية ، أى أن البراز خالٍ من البويضات ، خاصة إذا كانت الإصابة

مبكرة جدا ، أو خفيفة جدا ، أو طال زمانها حتى أصبحت « مقفلة » (أى لا تنطق بما فيها لاختفاء البويضات من البراز) . عندئذ نلجأ إلى **منظار الشرج أو منظار القولون** لأخذ عينة من الغشاء المخاطى نبحث فيها عن البويضات الكامنة . فإن تعذر هذا ، وهو أضعف الإيمان ، اعتمدنا على **التحليل المناعى غير المباشر** . أما سلائل القولون البلهارسية (لأن السلائل الأخرى قد تكون وراثية غددية ، أو من التهاب غير نوعى) فتكون عادة مكتظة بالبويضات يسهل كشفها ، ويساعدنا المنظار وأشعة الباريوم فى تحديد مدى الإصابة .

بقى أن نذكر أن إصابة الأمعاء بالبلهارسيا كثيرا ما تصاحب إصابات أخرى ، أهمها الكبد (وزميله الطحال) ، وأحيانا الرئة . أضف إلى ذلك أن العدوى بالبلهارسيا قد تكون مزدوجة ، أى بلهارسيا مانسونى وهيماتوبيوم معا ، كما أن الجهاز البولى قد يشارك الأمعاء فى الإصابة .

علاج البلهارسيا فى الماضى كان يعتمد على مركبات الأنتيمون بالحقن مثل الطرطير والفؤادين ؛ كان علاجا طويلا كريها ينفر منه أكثر المرضى ويسبب آثارا جانبية خطيرة . ثم استحدثت أدوية فعالة يمكن تناولها بالفم ولمدة قصيرة منها « بلارسيل » و « أمبلهار » و « فانسيل » ، وبعضها توقف استعماله لكثرة أعراضه الجانبية . أما أحدث دواء لعلاج البلهارسيا بأنواعها الثلاثة (هيماتوبيوم ، مانسونى ، جابونيكم) فهو برازيكوانتل ، ويؤخذ بالفم فى أقراص كل منها ٦٠٠ مجم ، والجرعة المعتادة للبالغين ٤ أقراص فى يوم واحد . هذا الدواء الجديد أحدث ثورة فى علاج البلهارسيا ومكافحتها لأنه دواء سهل التناول (بالفم) ، قصير المدة (يوم واحد) ، فعال فى البلهارسيا بنوعيها (البولية والمعوية) ، وخالٍ من الآثار الجانبية الخطيرة . إلا أن بلهارسيا الأمعاء العنيدة (مانسونى) قد تحتاج لتكرار الدواء أو لزيادة جرعته ، وأحيانا نستعين معها بدواء آخر هو أوكسامنيكوين .

وأما دسنطاريا البلهارسيا المصحوبة بسلائل القولون والمستقيم فتحتاج إلى تدخل حاسم ورعاية خاصة : تعويض الدم والبروتين الضائع بنقل الدم والبلازما ، تطهير قروح الأمعاء وتقيّحاتها بالمضادات الحيوية المناسبة ، قتل الديدان وبويضاتها بالأدوية التى ذكرناها ، ثم استئصال السلائل فى دفعات عن طريق المنظار حتى نقضى عليها .

ويبقى أمرٌ هام ، وهو وقاية المرضى متى تم علاجهم من معاودة التعرض للإصابة من جديد . فالبلهارسيا ، كما هو معروف ، مرض مِهنى سلوكى اجتماعى يحتاج إلى تضافر كل الجهود لمكافحته والسيطرة عليه ، وإلا كنا كمن يحرث فى البحر !

(ز) تدرن الأمعاء والبريتون :

كان تدرن الأمعاء (سلّ الأمعاء) مرضا شائعاً فى النصف الأول من القرن العشرين ، وكان معظمه ثانويا للتدرن الرئوى . ولكن الرقابة الصارمة على مصادر العدوى وخاصة تعقيم اللبن ، ثم ظهور الأدوية الفعالة لعلاج الدرن بدءاً بالستربتوميسين ، كل هذا ساعد فى مكافحة المرض حتى أصبح تدرن الأمعاء فى الدول المتقدمة أمرا منقرضاً يندر حدوثه . أما فى مصر وكثير من دول العالم الثالث فما زال التدرن مرضا واردا يفرض حضوره فى الممارسة الطبية ، وإن كان درن الأمعاء قد أصبح الآن أغلبه أولياً (أى ليس ثانويا لتدرن الرئة) .

يبدأ المرض باستقرار ميكروب الدرن فى النسيج اللمفى للأمعاء ، وخاصة « لطخات باير » المتجمعة فى أسفل المعى الدقيق ، أى فى نهاية اللفائفى عند اتصاله بالقولون الأعور . هنا تتكدس الخلايا الملتهبة فى تجمعات صغيرة كالدرنات تدفع طريقها إلى الغشاء المخاطى المبطن للأمعاء محدثة قُرَحاً

دائرية مستعرَضة الشكل ، أو تجد طريقها إلى سطح الأمعاء وتنتشر في الغشاء البريتوني المغلف لها فتُلهبه . كذلك يمتد الالتهاب من الأوعية اللمفية إلى عُقَد المساريق فتتضخم وتشارك في إلهاب البريتون . وبمرور الوقت يسُود النسيج الليفي الذي يطفيء الالتهاب ويكسوه ، ولكنه يؤدي إلى التصاق الأمعاء وتضيقها وانسدادها .

يصيب تدرن الأمعاء الصغار والكبار ، ويغلب أن يكون في الشباب . **أعراضه** ألم بالبطن وغثيان وإسهال ، ثم أعراض عامة كارتفاع الحرارة والإعياء ونقص الوزن . والفحص يبين ألماً محددا في الجانب الأيمن السفلي من البطن ، عند التقاء اللفائفي بالأعور ، وقد يُحس كالورم إذا كان التليف كثيفاً . مثل هذه الحالات تصاحبها أعراض الانسداد المعوي الجزئي ، كالمغص الشديد والانتفاخ والإمساك ، أو تتلاصق أجزاء من الأمعاء وتتصل بينها النواسير فتسبب سوء الامتصاص . وأحيانا ينتشر الالتهاب الدرني فيشمل غشاء البريتون المبطن لتجويف البطن كله ، ويصبح ملمس البطن أشبه بالعجين ، وقد يمتليء البطن بانسكاب السائل الناضح من الالتهاب ، وهو نوع من الاستسقاء .

التشخيص عن طريق فحص البراز يندر أن يكشف عن وجود ميكروب التدرن ، فهو صعب عَصِيّ ، وإنما نعتمد على ارتفاع سرعة ترسيب الدم ، واختبار الجلد للدرن (وقد يكون سلبيا) ، وفحص الأمعاء بأشعة الباريوم وبمنظار الأمعاء ، أما المنظار البريتوني فله فائدة خاصة في تشخيص التدرن البريتوني والاستسقاء . ويستكمل فحص المريض بأشعة الصدر فحصا روتينيا ، وإن كانت النتيجة عادة سلبية .

لقاء اللفائفي (وهو آخر المعى الدقيق) بالأعور (وهو بداية القولون) منطقة استراتيجية تكثر فيها الأمراض ، فهي غنية بالأوعية اللمفية ، وهي

أيضا مخبأ يسهل الركود فيه والركون إليه ، كما أنها ملتقى للزائدة الدودية . والأطباء يعرفون جيدا أن الحفرة الحرقفية اليمنى ، أى الربع الأيمن السفلى من البطن ، وهو مكان اللقاء بين المعى الدقيق والمعى الغليظ ، منطقة حساسة ومصدر كبير للأمراض ، وهو مصدر أيضا للحيرة والبلبلة . هنا مكان التهاب الزائدة الدودية ، والتهابات الأمعاء النوعية كالتيفود والدسنطاريا الأميبية والالتهابات الفطرية ، وتضخم العقد اللمفية ، والأورام بأنواعها ، والتصاق الأمعاء وانسدادها . إلا أن هناك ثلاثة أمراض معينة يهتم الأطباء بالتفريق بينها فى حذر شديد لتشابه أعراضها وهى : تدرن الأمعاء ، ومرض كرون ، والورم اللمفى . هنا تعيينا الحيلة أحيانا حتى نضطر إلى استكشاف البطن لأخذ العينات منها للتشخيص .

علاج تدرن الأمعاء والبريتون يستجيب عادة استجابة طيبة لأدوية التدرن الرئوى المعروفة : ريفامبين ، أيسونيازيد ، إيثامبيوتول ، وأحيانا الاستربتوميسين . والقاعدة هى الجمع بين دواءين على الأقل لمنع ظهور المقاومة فى الميكروب ، والعلاج يمتد عادة من ١٨ إلى ٢٤ شهرا متصلا . أما الجراحة فنلجأ إليها عند حدوث المضاعفات كانسداد الأمعاء أو تكوين الخراجات أو النواسير .

(ح) مرض « كرون » :

يرتبط هذا الاسم بالطبيب الأمريكى « بريل كرُون » الذى وصف هذا المرض لأول مرة عام ١٩٣٢ ، وهو التهاب مزمن مجهول السبب يصيب القناة الهضمية ويتميز بتكوين تجمعات خَلَوية حبيبية . وكان كرون أول الأمر يظن أن هذا المرض يقتصر على نهاية اللفائفى فسمّاه التهاب اللفائفى النهائى ، ثم تبين أن الالتهاب قد يصيب أى منطقة فى القناة الهضمية من الفم إلى الإست ، فسُمِّى المرض باسْمِه .

يتميز مرض كرون بأنه متقطع ، يصيب منطقة محدودة من الأمعاء ، عادة نهاية اللفائفى ، ثم ينتقل إلى منطقة أخرى ، وأحيانا يصيب القولون أو المستقيم ، أو يصعد إلى المعدة أو الفم . ويبدأ الالتهاب تحت الغشاء المخاطى ، ولكنه سرعان ما يمتد فيّشمل كل ثخانة المعى ، فيغلظ ويتشقق وتتكون التضيقات والنواسير ، وتتضخم العقد اللمفية المجاورة له .

أعراضه ألم بالبطن متكرر ، وإسهال قد يمتزج بالدم ، وتشققات أو نواسير حول الشرج ، ثم أعراض عامة كارتفاع الحرارة ونقص الوزن والتهاب المفاصل أو العين أو الجلد أو الكبد . ومن **علامات المرض** وفرة التليف وتكوين النواسير ، وهى توصيلات نافذة بين لفّات المعى تؤدى إلى سوء الامتصاص ، أو تنفذ إلى المثانة أو المهبل أو إلى سطح الجلد .

مرض كرون مرض نادر فى مصر ولكنه موجود ، وهو مصدر للبلبلة ودعوة إلى الفحص الدقيق وامتحان فى التشخيص المقارن . مشاكله : الإسهال المزمن ، سوء الامتصاص ، نزف الأمعاء ، ورم فى الحفرة الحرقفية أى فى ربع البطن الأيمن السفلى ، نواسير الشرج والمثانة والمهبل ، بثور الجلد ، التهاب المفاصل – وكلها مشاكل تدعو إلى التأمل وتحتاج إلى الخبرة . الجراحون يعرفون جيدا أن مرض كرون قد يشتبه أحيانا مع التهاب الزائدة الدودية ، والباطنيون يلجأون إلى فحص الأمعاء بالأشعة والمنظار ، ويتساءلون : هل هو درن ، أم ورم ، أم كرون ؟ أحيانا يسعفنا المنظار بعَيِّنة كافية من الجزء المصاب ، وأحيانا أخرى نضطر إلى فتح البطن واستكشاف المرض .

والعلاج محدود الفائدة مع الأدوية : مركبات الكورتيزون ؛ دواء سلفاسلازين ؛ أما دواء المترونيدازول ففائدته كمضاد للبكتريا فى الحالات المتقيحة مثل نواسير الشرج .

فإذا فشل العلاج الباطنى ، أو نشأت مضاعفات كالنواسير أو انسداد

الأمعاء ، لجأنا إلى الجراحة لاستئصال الجزء المريض ، والمبدأ دائما هو الحد الأدنى من الاستئصال لأن المرض بطبيعته متقلب وقابل للعودة .

(ط) التهاب القولون التقرّحى :

هذا مرض آخر نادر الحدوث فى مصر ، ولكنه أكثر شيوعا من مرض كرون ، وهو آخذ فى الانتشار . كنا نُلقَّن ونحن طلبة فى كلية الطب ، من خمسين سنة ، أن هذين المرضين : مرض كرون والتهاب القولون التقرحى ، مرضان غير موجودين فى مصر . ثم أُتيحت لنا الفرصة فى أوروبا وأمريكا لمعاينة هذين المرضين عن كثب ، وعرفنا لماذا يعتبرونهما الالتهابين الرئيسيين فى بلادهم ، أما الدسنطاريا بأنواعها ، وأما التدرن أو التيفود فأمراض للمناطق الحارة .

التهاب القولون التقرحى إذن ما زال مرضا قليل الشيوع فى مصر إذا قورن بالبلهارسيا أو الأميبا أو الدسنطاريا الباسيلية ، ولكنه آخذ فى الانتشار دون شك ، ولعل ذلك نتيجة لتغير نمط الحياة نحو مزيد من التوتر العصبى أو اختلاف فى الغذاء أو العادات ، لأن هذا المرض ما زال مجهول السبب ، ولذلك يسمى أحيانا بالالتهاب القولونى غير النوعى .

ينشأ المرض عادة كالتهاب فى الغشاء المخاطى ، تتجمع الخلايا فى حُفَرْ فتكوّن خراريج صغيرة تنفجر وتصبح قروحا سطحية . والمرض بطبيعته ميال إلى إصابة المستقيم وآخر القولون ، ولكنه قد ينتشر إلى أعلى حتى لقد يصيب القولون كله ، بل وقد يرتد إلى آخر المعى الدقيق . يظهر هذا المرض عادة فى الشباب ، لكنه قد يبدأ فى الطفولة ، وهو أكثر شيوعا فى النساء من الرجال .

أعراضه الرئيسية إسهال متكرر أو مزمن ، براز يغلب عليه المخاط

وأحيانا الصديد والدم ، وقد يؤدى إلى سَلَس البراز وفقد السيطرة على التحكم فى الشرج مما يسبب الحرج وينغّص الحياة الاجتماعية . وفى الحالات الشديدة يصبح القولون مؤلما للمس قابلا للتمدد والانتفاخ . وهناك أيضا الأعراض والعلامات العامة : التهاب المفاصل ، التهاب الجلد ، التهاب العين ، التهاب الكبد والقنوات المرارية ، ارتفاع الحرارة وسرعة الترسيب فى الدم ، تورم أطراف الأصابع ، الأنيميا والهزال .

هذا مرض قد يكون بسيطا حتى ليمر دون أن يشعر به أحد ، أو يتكرر وينتشر وقد ينتهى إلى السرطان . أخطر ما فيه أن يُنسى على أنه مجرد بواسير نازفة ، أو يُغفل على أنه إسهال عادى من مصران عصبى ، أو يُحسب على أنه دسنطاريا أميبية أو بكتيرية ويظل يعالج شهورا طويلة وبعشرات الأدوية رغم إصرار الإسهال ونزول الدم من الشرج !

ما أسهل الحل : فحص القولون بالمنظار ، والأشعة بحقنة الباريوم . أما المنظار فيكشف عن التهاب الغشاء المخاطى المبطن للمستقيم التهاباً شاملا تختلف حدته من احمرار خفيف إلى استجابة سريعة للنزف من أقل احتكاك ، إلى قروح منتشرة أو احتقان وتورم فى الأنسجة المتهتكة تشبه فى ظاهرها السلائل الغددية الحقيقية ولكنها مختلفة مبنى ومعنى . وفى كل هذه الحالات ننتهز الفرصة أثناء الفحص المنظارى لأخذ عينة نسيجية من الغشاء المخاطى لتحديد طبيعته .

أما فحص القولون بأشعة حقنة الباريوم ، ويفضل أن يُجرى ذلك بعد هدوء الالتهاب ، فيكشف عن **علامات المرض المعروفة** : قِصَر القولون وضياع تجاعيده حتى يشبه الشريط ، وانتشار القروح فى بطانته ، ثم ظهور السلائل الكاذبة فى الحالات المتقدمة . والفحص يحدد أيضا مدى إصابة المعى بالمرض : فالمستقيم عادة هو أكثر المصابين ، وقد يظل وحده ، أو ينتشر

المرض إلى القولون السينى فالقولون النازل ، وقد يمتد حتى يشمل القولون كله . والسرطان من مضاعفات التهاب القولون التقرحى خاصة إذا طال به الأمد ، ورغم أن نسبة السرطان فى هذا المرض أقل بكثير مما كنا نظن ، إلا أنّا نحرص على الفحص الدورى بالمنظار فى هذه الحالات تحسُّباً لأى مفاجآت نتصدى لها قبل تفاقمها .

علاج التهاب القولون التقرحى يعتمد على دواءين : سلفاسلازين ، ومركبات الكورتيزون . السلفاسلازين قرصه ٥٠٠ مجم ويعطى للالتهاب النشيط ، فإذا هدأ الالتهاب أنقصنا الجرعة وداومنا استعماله شهوراً أو سنة كاملة لمنع انتكاسه . وبعض المشتقات الحديثة يفضلونها لخلوها من مادة السلفا ومشاكلها . أما الكورتيزون فيُحتفظ به عادة للحالات الشديدة أو لتلك التى لا تستجيب لعلاج السلفاسلازين ، وأحيانا يُعطى الكورتيزون عن طريق الشرج فى شكل حقنة شرجية إذا كان الالتهاب محدودا ومقصورا على المستقيم . والكورتيزون ، على أية حال ، ليس علاجا وقائيا لمنع الانتكاس .

وأخيرا هناك الجراحة إذا فشل العلاج الباطنى ، خاصة إذا استمر نشاط الالتهاب عشر سنوات أو أكثر مخافة حدوث السرطان . وبعض الجراحين يستأصلون القولون المصاب تاركين المستقيم والشرج حتى يحتفظ المريض بالسيطرة على التحكم فى خروج البراز ، وآخرون يرون ضرورة استئصال المستقيم ، وعندئذ لابد من استعمال فتحة خارجية من جدار البطن لجمع البراز .

(٧) الديدان المعوية

تعيش ديدان الأمعاء فى كل بلاد العالم ، إلا أن لها أهمية خاصة فى العالم الثالث لانتشارها فى المناطق الحارة الرطبة ولارتباطها بمصادر العدوى

وعلاقتها بنمط الزراعة ووسائل الوقاية والتثقيف الصحى . ففى تقرير حديث(*) ، على سبيل المثال ، تبين أن نسبة العدوى بديدان الأسكارس ١,٣ بليون نسمة ، والانكلستوما بليون ، والديدان الخيطية أكثر من ٥٠٠ مليون . هذه الديدان المعوية ، وكثير غيرها ، تقطن أمعاء الانسان ، بعضها يفضل الأمعاء الدقيقة وبعضها يفضل القولون والمستقيم ؛ منها ما يتعايش سلميا ، ومنها ما يسبب الأمراض والأعراض . عرفها الأطباء منذ القِدم ، وصنّفها ابن سينا إلى الطوال العظام (الحيّات) ، والصغار الدقاق (دود الخل) ، والعراض (حب القرع) ، وكانوا يظنون أنها تنشأ بالتولد الذاتى من المخاط فى داخل الأمعاء . أما الآن فنعرف أن كل دودة لها دورة حياة كاملة ، وأن الكثير منها يعيش فى الحيوانات وينتقل منها إلى الإنسان ، وأن العدوى هى وسيلة انتقال البويضات من البراز إلى الفم عن طريق تلوث التربة المزروعة ومنتجاتها ، أو مباشرة من شخص إلى شخص .

ثلاثة أنواع من الديدان :

ونصنف الديدان المعوية إلى ثلاثة أصناف رئيسية ، نعرض لأهم أنواعها فى بلادنا :

١ – **الديدان الأسطوانية** : أنكلستوما – أسكارس – سترونجيلويدس – أكسيورس .

٢ – **الديدان الشريطية** : تينيا – هيمنولبس نانا .

٣ – **الديدان المفلطحة** : فاشيولا – هتروفيس .

أما **البلهارسيا** ، وهى دودة مفلطحة ، فتعيش أساسا فى الأوعية الدموية

(*) جانسنز وآخرون : كتاب « علاج الديدان المعوية » ، شبرنجر (برلين) ١٩٨٥ ، ص ١٨٣ ـ ٤٠٦ .

وخاصة الوريد البابى للكبد ، ومنها تنتقل إلى جدران الأمعاء لتضع بيضها هناك ، وقد سبق لنا أن وصفنا بلهارسيا الأمعاء فى جزء آخر .

الأنكلستوما :

هذه الدودة الصغيرة تنتقل من التربة فى مرحلتها المبكرة كيرقة تخترق **جلد القدم وتَعْبُر الرئة عن طريق الدم حتى يكتمل نموها فتستقر فى الاثناعشرى والصائم ، وفيهما تلتصق بالغشاء المخاطى وتسبب المغص والإسهال** وتسرب الدم والبروتين من الجسم مما يؤدى إلى الأنيميا والأوديما (انتفاخ الجسم بالماء) . وفى بعض الحالات تكون العدوى خفيفة فلا يشعر المصاب بأعراض ، وآخرون يمتلىء الواحد منهم بألف دودة أو أكثر .

التشخيص سهل باكتشاف البويضات فى البراز ، **والعلاج** متاح لأكثر من دواء : مبندازول أو ألبندازول أو فلوبندازول أو ألكوبار . والأنيميا تستجيب بسرعة لطرد الديدان وأدوية مركبات الحديد .

الأســكارس :

هذه دودة كبيرة تسهل رؤيتها فى البراز وتدفع المرضى إلى الأطباء منزعجين . وتعيش هذه الديدان فى الأمعاء الدقيقة حيث تسبب المغص والإسهال ، وأحيانا تتكدس أعداد كبيرة منها (تصل أحيانا إلى الألف) وتصبح مصدرا لانسداد الأمعاء أو الزائدة الدودية أو القنوات المرارية .

التشخيص أيضا باكتشاف البويضات فى البراز ، **والعلاج** بأدوية البندازول كما سبق .

السترونجيلويدس :

أقل شيوعا من غيرها ولكنها أشد ضرراً . تعيش فى الأمعاء الدقيقة وتسبب المغص والإسهال والقىء ، وتؤدى إلى ضمور الغشاء المخاطى وسوء الامتصاص ونقص الوزن .

التشخيص باكتشاف البويضات واليرقانات فى البراز ، **والعلاج** بأدوية البندازول ، ولكن النتيجة أقل أثراً ، وأحيانا تستجيب لدواء ثيابندازول .

الأكسيورس (الإنتروبيوس) :

هذه الديدان الدقيقة المعروفة بالديدان الخيطية أو الدبوسية ، ويشبهها الناس « بديدان المِشّ » ، تعيش أساسا فى القولون والمستقيم وتخرج من الشرج حيث تلتصق بالجلد المحيط به وتصبح مصدرا للحكّة (الهرش) ، وقد تمتد إلى منطقة المهبل فى البنات ، وأحيانا تسبب التهاب الزائدة الدودية .

العدوى عائلية : العدوى بالأكسيورس شائعة بين الأطفال خاصة ، وعلاماتها القلق وحكّ الشرج أثناء النوم ليلا ، وصرير الأسنان ، وغزارة اللعاب . ومشكلة ديدان الأكسيورس أنها عدوى عائلية ، أى تصيب معظم أفراد الأسرة فى حياة مشتركة وتنتقل من فرد إلى فرد ، وأحيانا يعدى الشخص نفسه بنفسه ، أى بابتلاع بويضات الديدان الكامنة تحت أظافره ، فتنمو وتستكمل دورتها بعد نحو أسبوعين .

العلاج الجماعى والوقاية : علينا متى وجدنا مصابا أن نعالج كل أفراد الأسرة فى وقت واحد ، والجرعة للبالغين والأطفال هى فلوبندازول أو مبندازول ١٠٠ مجم مرة واحدة ، وتكرر بعد أسبوعين أو ثلاثة أسابيع لمنع تكرار العدوى . هذا بالإضافة إلى وسائل النظافة والوقاية المعروفة : غسل

اليدين جيدا قبل الأكل وبعد التبرز ، وغلى الملابس الداخلية ، وتقليم الأظافر .

التينيـا :

دودة شريطية على نوعين : « سوليم » (أى الوحيدة) التى تعدى لحم الخنزير ، و « ساجيناتا » التى تعدى لحم البقر . وتثبّت الدودة رأسها فى الغشاء المخاطى للأمعاء الدقيقة ثم تنمو حتى يصل طولها إلى ٧ – ٢٥ مترا .

الأعراض عادة خفيفة : غثيان وتعب بالبطن ، ونادرا انسداد الأمعاء ، والمرضى عادة يحسون بوجود الدودة عندما تخرج قطع منها كورق البصل مع البراز .

العلاج بدواء نيكلوزاميد ، كل قرص ٥٠٠ مجم ، والجرعة للبالغين والأطفال أكبر من ٦ سنوات هى ٤ أقراص مرة واحدة أو مقسمة فى الصباح ، ونصف الجرعة للأطفال أقل من ٦ سنوات إلى سنتين . ويجب أن تمضغ الأقراص قبل بلعها بالماء ، ثم شربة ملح بعد ساعتين لطرد الدودة بعد موتها . ودواء برازيكونتل المستعمل فى علاجها البلهارسيا ينفع أيضا فى علاج الديدان الشريطية .

هيمنـولبس نانا :

دودة شريطية صغيرة لا يتجاوز طولها ٤ سم ، تنتقل مباشرة من شخص لآخر ، شائعة العدوى فى الأطفال ، وأحيانا تزدحم أعدادها فى أمعاء الطفل فتسبب المغص والقىء والإسهال . **تشخيصها** بفحص البراز ، **والعلاج** كالسابق .

فاشـيولا :

هذه الدودة الكبدية دودة مفلطحة صغيرة تتطفل فى القنوات المرارية للكبد والمرارة وتسبب ألما فى الكبد أو يرقانا ، وأحيانا تؤدى إلى حمى غامضة السبب مصحوبة بأنيميا وزيادة ملحوظة فى نوع معين من كريات الدم البيض (أليفة الإويزين) .

التشخيص يعتمد على اكتشاف البويضات فى البراز أو فى عصارة الاثناعشرى ، وكذلك بالفحص المناعى للدم . وهى دودة صعبة التشخيص ، صعبة العلاج .

هتروفيس :

هذه دودة أخرى مفلطحة صغيرة وعنيدة ، أشهر مصادرها للعدوى السمك البورى والفسيخ ، ولذلك ينتشر وجودها فى أهل الدقهلية والمنزلة . تعيش الدودة فى الأمعاء الدقيقة وتلتصق بالغشاء المخاطى فتخترقه وتلهبه ، وتسبب ألم البطن وفقد الشهية والغثيان ونقص الوزن وأحيانا الإسهال والتعنى .

فحص البويضات فى البراز يحتاج إلى خبرة ، **والعلاج** ليس دائما سهلا .

مبادىء عامة لتوقّى العدوى بالديدان المعوية :

- ☐ الخضراوات والفواكه الطازجة تغسل جيدا قبل أكلها .
- ☐ الأسماك تطهى جيدا ، والمأكولات البحرية يجب أن نطمئن إلى سلامة مصادرها ونظافتها قبل استهلاكها ، كالفسيخ وأم الخلول .
- ☐ اللحوم غير المطهية جيدا ، خصوصا اللحوم شبه المحفوظة كالمرتديلاً

واللنشون والبسطرمة ، يمكن أن تنقل أنواعا من الديدان وغيرها إذا أعدت من لحوم مريضة أو فاسدة ، ودور الرقابة على الأغذية أساسى .

□ الباعة الجائلون والطهاة والعاملون فى تناول الأطعمة وتداولها يجب أن يخضعوا للفحص الطبى والرقابة الدورية حتى نضمن خلوهم من مصادر العدوى .

□ النظافة الشخصية والعادات الصحية السليمة هى الملاذ الأول والأخير : قص الأظافر ، غسل اليدين قبل الأكل وبعده ، نظافة المرحاض قبل وبعد استعماله ، الاهتمام بالملابس الداخلية وغليها ، وتجنب استعمال ملابس الغير .

الفصل السادس

الشـــرج

عندما عين فرعون طبيبه الخاص فى وظيفة « حارس شرج الملك » كان يعلم جيدا أهمية هذا الجزء من جسمه ، وضرورة الحرص على سلامته وراحته . فالشرج ، رغم وظيفته الهامشية ومكانه الأخير فى القناة الهضمية ، إلا أنه مفرط الحس ومصدر لكثير من المشاكل . يتصل الشرج بعد نهاية المستقيم لمسافة تمتد نحو ثلاثة سنتيمترات تحوطها وتحكمها عضلتان عاصرتان : داخلية وخارجية . هنا تنتقل بطانة القناة الهضمية من الغشاء المخاطى إلى بشرة سميكة جلدية ، ويتم الانتقال عند خط متعرج يشبه أسنان المشط . وهنا أيضا مجموعة كبيرة من الأوردة والأعصاب والغدد والتجاويف الكامنة التى تسهل إصابتها وتصبح مصدرا للمتاعب .

وأهم الأمراض التى تصيب الشرج هى :

(١) البواسير

البواسير هى نوع من الدوالى ، أى أوردة متضخمة ومتمددة نتيجة احتقان وانضغاط وركود . أهم أسبابها الإمساك و « الحزق » ، خاصة فى الحوامل . والبواسير نوعان : داخلية فوق خط أسنان المشط ، وخارجية تحته .

الأعراض : أهم أعراضها خروج الدم من الشرج ، ويكون عادة دما صريحا أحمر اللون ، يلوث ورق التواليت أو الملابس الداخلية ، ويقطر

منفصلا بعد خروج البراز . وعندما تزمن البواسير ويتكرر النزف منها تصبح مصدرا للأنيميا . وأحيانا تتدلى البواسير وتخرج من فتحة الشرج عند التبرز ثم تعود إلى الداخل ، ولكنها أحيانا تختنق وتتجلط وتلتهب وتصبح مصدرا للألم الشديد والتورم .

التشخيص : تشخيص البواسير يتطلب فحصا متأنياً دقيقاً يشمل مباعدة الإليتين فى ضوء كاف ، ثم تحسّس الشرج والمستقيم بالإصبع ، ثم فحص الشرج والقولون بالمنظار . وقد يبدو هذا إمعاناً فى تشخيص مرض بسيط وواضح ومعروف للعامة ، ولكن أكبر خطأ يمكن أن نقع فيه أن نتقبل نزف الدم من الشرج على أنه مجرد بواسير ليس لها ما وراءها ، كما فى التهاب القولون التقرحى ، وجيوب القولون ، وأورام القولون وسلائله . ويزداد الشك فى هذه الاحتمالات إذا ظهر النزف لأول مرة فى كبار السن ؛ هنا لابد من الفحص الدقيق الشامل .

العلاج : علاج البواسير يبدأ **بالوقاية** : تجنب الإمساك بالإكثار من الألياف مثل الرَدّة والخضراوات والفواكه ، وتنفع فى ذلك أيضا المستخلصات النباتية التى تزيد من حجم البراز وتسهّل مروره ، هناك أيضا اللبوسات والمراهم الموضعية لتسكين الألم وتزليق البواسير . أما البواسير نفسها فيمكن تثبيتها بالحقن ، أو التبريد ، أو الكيّ الضوئى . وفى كبار السن يمكن ربط البواسير بشرائط مطاطية لمنع تهدل الغشاء المخاطى المتراخى . وأخيرا نلجأ إلى الاستئصال الجراحى إذا اختنقت البواسير ، أو تكرر النزف الغزير منها ، أو كانت مصاحبة لمشاكل أخرى تستدعى الجراحة كالشرخ أو الناسور .

بقى أن نحذر مضاعفات الجراحة التى تنشأ عنها أحيانا : سَلَس البراز بعد قطع العضلة العاصرة وفقد السيطرة ، وتضيق الشرج عقب الإفراط فى استئصال بطانته .

(٢) الشرخ الشرجى

الشرخ شق فى جلد الشرج ، ينشأ عادة من جرح سببه براز جاف صلب ، أو من باسور خارجى متجلط ومتقرح . يبدأ الشرخ كقَطع تحت خط أسنان المشط ، عادة فى وسط فتحة الشرج من الخلف ، ويتورم الجلد حوله مكونا نتوءا عالقاً به . يسبب الشرخ ألما شديدا عند التبرز ، ويستمر بعده فترة من تقلص العضلة العاصرة . وأحيانا يخرج الدم من الشرخ ويصبغ الورق أو الملابس ، ولكنه عادة أقل من دم البواسير .

شرخ الشرج قد يصيب الأطفال ويستجيب تلقائيا لعلاج الإمساك ، أما الكبار فقد يكفى فى الحالات الحادة الراحة التامة والحمامات الدافئة وتليين البراز والمهدئات الموضعية ، وإلاّ لجأنا إلى الجراحة لإزالة الشق المقروح .

الوقاية هى بتجنب الإمساك ونظافة الشرج .

(٣) الخراج والناسور

يبدأ الخراج كالتهاب فى إحدى غدد الشرج أو تجاويفه الكامنة ثم يتقيح ويصبح مصدرا للألم الشديد ، فإذا كان سطحيا أمكن تداركه بالمضادات الحيوية أو بشَق محدود يُفرغ منه الصديد . أما إذا كان الخراج عميقا فتصاحبه **أعراض عامة** كارتفاع الحرارة ، وتتورم المنطقة المحيطة بالشرج ، كما يمكن جسّه بالأصبع من خلال الشرج . مثل هذا الخراج يجب شقه فى أقرب فرصة وإلا تسرّب ودفع طريقه إلى داخل الشرج أو إلى الجلد المحيط به وتحول إلى ناسور واحد أو أكثر . وهناك سبب آخر للنواسير المزمنة حول الشرج ، خاصة إذا تعددت ، وهو مرض كرون الذى سبق وصفه وقلنا عنه إنه نادر .

علاج الناسور بالجراحة ، ويحدَّد مجراه باستعمال مِسبار ، وهو قضيب

معدنى رفيع يمُر برفق من فتحة الناسور لتحديد مساره ومصدره ، ثم يُستأصل . ويحرص الجراح دائما على سلامة العضلة العاصرة الداخلية حتى لا يسبب سلس البراز .

الوقاية هنا أيضا بتجنب الإمساك ونظافة الشرج .

(٤) تدلّى الشرج

ويسميه العامة أيضا « سقوط الشرج » أو « خروج السُرْم » [والسُرْم كلمة فصيحة لغوياً ، ومعناها طرف المِعَى المستقيم] ، والناس يخلطون بينه وبين تدلى البواسير الداخلية أو تهدل الغشاء المخاطى للشرج ، أما تدلّى الشرج ففيه اندلاق كامل لكل طبقات جدرانه نتيجة لتسيّبه وسهولة زحزحته ، ويساعد على ذلك الحزق الذى يرفع الضغط داخل البطن ، فيسهل بذلك خلعه من حضن عظم العَجُز .

أكثر حالات التدلى تحدث فى الأطفال وفى المسنين . فى الأطفال سببه الإمساك ، ويستجيب تلقائيا للعلاج متى تجنبنا ذلك . أما فى كبار السن فهو مصدر للمتاعب عند التبرز ، يتطلب رفعه باليد لإرجاعه ، وقد يتسلخ وينزف ، ويحتاج **علاجه** عادة إلى جراحة تُثَبّته فى جوف العَجُز .

الوقاية بتجنب الإمساك والحزق .

(٥) سَلَسُ البراز

يقصد بذلك فقد القدرة على السيطرة والتحكم فى البراز نتيجة مرض فى عضلة الشرج العاصرة أو فى أعصابها . هذا المرض قد ينجم من تدخل جراحى كاستئصال البواسير أو الناسور أو شق العجان فى الولادة العسرة ، أو من مرض فى الجهاز العصبى كالشلل أو التهاب الأعصاب ، أو من

اضطراب نفسى كما فى المعى العصبى ، أو من ارتخاء الشرج فى المسنّين ؛ أما فى الأطفال فيندر أن يكون السبب خلقيا ، ويستجيب عادة للعلاج مع الوقت . وأما الجراحة فلها دورها فى تصليح العضلة العاصرة بخياطتها إذا تمزقت .

(٦) الحكّة ، والتهاب الجلد حول الشرج

حَكّة الشرج (الحكاك ، « الهرش ») لها أسباب كثيرة ، منها ما هو موضعى ، ومنها ما هو عام . فمن **الأسباب العامة** : اليرقان ، والحساسية العامة (الأرجية) ، والصدفية (وهى مرض جلدى عام ، ولكنه قد يتركز حول العَجُز والعصعص والشرج ، ويتميز ببقعه الحمراء المكسوة بقشوره الفضية) .

أما **الأسباب الموضعية** فمنها ما هو متعلق بالنظافة الشخصية من تراكم فضلات البراز ، أو إفرازات الالتهاب والتقيح المصاحبة للناسور أو البواسير أو الشرخ ، أو حساسية الجلد من استعمال مراهم الشرج واللبوسات . ثم هناك انتشار العدوى من المستقيم إلى الشرج كما فى حالات الفطريات وخاصة « المونيليا » (كانديدا) التى تعقب استعمال المضادات الحيوية ، وأكثر من هذه ، العدوى بالديدان الخيطية أو الدبوسية (أكسيورس) التى تنتشر فى الأطفال وتقلق ليلهم .

والعلاج ، طبعا ، يتوقف على السبب . **والوقاية** بتجنب الأسباب المذكورة أعلاه .

الفصل السابع

البطن الحـاد

يُقصد بهذه الحالة ألم شديد ومفاجىء فى البطن ، محدد أو منتشر ، وقد يصاحبه قىء أو أعراض أخرى كسرعة النبض أو اضطراب الحرارة أو ضغط الدم ، ويستدعى الفحص الطبى العاجل ، وقد يحتاج إلى تدخل جراحى فى المستشفى .

أسبابه وعلاماته :

الأسباب كثيرة ، أهمها :

(أ) أسباب فى البطن :

١ – التهاب حاد فى الزائدة الدودية ، أو المرارة ، أو البنكرياس ، أو جيوب القولون ، أو بوق المبيض ، أو البريتون (كما فى حمى البحر الأبيض المتوسط) .

٢ – انسداد حاد فى الأمعاء ، أو فى القنوات المرارية ، أو فى الحالب .

٣ – التواء حاد فى القولون السينى أو الأعور ، أو فى كيس مبيضى .

٤ – انثقاب حاد فى قرحة الاثنا عشرى أو المعدة ، أو فى الأمعاء .

٥ – نزف حاد من كيس مبيضى ، أو من حملٍ مُنتبَذ (خارج الرحم) ، أو من تمزق الطحال ، أو من تمزق الأورطى أو انسداد شريان المساريقا .

(ب) أسباب خارج البطن :

بعض الأمراض تنشأ خارج البطن ولكن الألم ينتقل أو يُحال إليه ، مثال ذلك : احتشاء عضلة القلب من انسدادٍ حاد فى الشريان التاجى يؤدى إلى ألم فى أعلى البطن ؛ كذلك الالتهاب الحاد فى الرئة أو فى غشاء الرئة (البلورا) ينتشر ألمه إلى أعلى البطن ؛ والتهاب أعصاب الصدر كما فى الحَلَأ المِنْطَقى ينتشر ألمه إلى البطن . ثم هناك أمراض باطنة عامة قد تسبب آلاماً حادة فى البطن ، منها البول السكرى المصحوب بالأسيتون ؛ تحلل الدم الحاد ؛ التسمم بالرصاص ؛ حرمان المدمن من المخدرات حرمانا مفاجئا ؛ الأرتكاريا « العملاقة » التى تصاحب المعدة أحيانا مع حساسية الجلد .

التشخيص : من الواضح إذن أن البطن الحاد يتطلب فحصا دقيقا ودراية واسعة نظرا لتعدد الأسباب وخطورة الموقف ، يتعاون فيه الباطنى مع الجراح ، ويحتاج إلى فحوص وخدمات متنوعة ، ومتابعة مستمرة لا تتوافر إلا فى المستشفى .

يُسأل المريض ومرافقوه عن تفاصيل الأعراض وتاريخ المرض ، ويفحص البطن إكلينيكيا : مكان الألم وملمسه ؛ وهل به ندوب من آثار عمليات سابقة تؤشر إلى التصاقات داخلية قد تسد الأمعاء ؟ وهل هناك فتق مسدود ، أو ورم بارز ، أو تقلصات وتموجات بادية للعيان ؟ وهل أصوات الأمعاء تزمجر وتقعقع من أثر الانسداد ، أم أنها ساكنة ساكتة من شلل الأمعاء فى الالتهاب البريتونى ؟ وما موقف درجة الحرارة (مرتفعة فى الالتهاب الحاد) ، وضغط الدم (منخفض فى النزف) ، وسرعة النبض (سريع فى أكثر الحالات) ؟ ثم يفحص القلب والصدر والظهر بحثا عن أى مصدر للألم خارج البطن . ثم عشرات من التحاليل والوسائل المساعدة : صورة الدم وسرعة الترسيب ، فحص البول ، سكر الدم ، نسبة الأميلاز فى الدم للكشف

عن البنكرياس ، رسم القلب الكهربائى ، فحص البطن والحوض بالموجات فوق الصوتية ، فحص البطن والصدر بالأشعة ، الخ ...

أسباب البطن الحاد إذن كثيرة ومتنوعة ، معظمها جراحية بطبيعتها ، ذكرنا بعضا منها فيما سبق ، ويبقى الآن أن نعرض لبعض آخر من أهمها :

(١) التهاب الزائدة الدودية

يصيب التهاب الزائدة الدودية نحو ٦٪ من عامة الناس ، أكثرهم فى العقدين الثانى والثالث من العمر ، وينشأ من انسداد الزائدة ثم انتفاخها والتهابها ، وقد تنفجر فتؤدى إلى الالتهاب البريتونى .

الأعراض : يبدأ الالتهاب الحاد عادة بألم فى وسط البطن ، وقد يصاحبه غثيان أو قىء ، ولكن الألم سرعان ما ينتقل إلى الجانب الأيمن السفلى فتنقبض العضلات فوقه وتتصلب . ومن علاماته أيضا أن يُحس الألم فى جانب البطن الأيمن عند غمز جانبه الأيسر ، أو يُحس الألم من خلال الشرج . ودرجة الحرارة وسرعة النبض قد تظل طبيعية أو ترتفع قليلا . وتزيد حدة العلامات متى انفجرت الزائدة والتهب الغشاء البريتونى المغلف لها ، وعندئذ تكوّن خراجاً أو تورّما محدودا ، أو يشمل الالتهاب البريتون كله ، ويزداد عدد كريات الدم البيضاء مع انتشار الالتهاب .

التشخيص : تشخيص التهاب الزائدة الدودية ليس دائما أمرا سهلا ، خاصة فى الأطفال وكبار السن والحوامل والبدينين ، أو إذا كانت الزائدة فى موضع غير عادى ، كأن تكون فى أسفل الحوض أو فى أعلى البطن أو على الناحية اليسرى . وهناك أيضا أمراض أخرى يصعب أحيانا التفريق بينها وبين التهاب الزائدة ، منها : التهاب المرارة ، المغص الكلوى والتهاب حوض الكلية ، التهاب بوق المبيض ، تقلص القولون والنزلات المعوية .

العلاج والوقاية : إذا تأكد أن الزائدة ملتهبة التهابا حادا فالعلاج الأمثل هو الاستئصال العاجل بالجراحة ، إلاّ أن هناك استثناءات : (١) إذا كانت الحالة العامة سيئة ، والالتهاب البريتونى منتشرا ، نكتفى بالمضادات الحيوية بالإضافة إلى شفط المعدة وحقن المحاليل المناسبة . (٢) إذا كان الالتهاب قد انصرف ، أمكن تأجيل الجراحة حتى يحين الوقت المناسب فى المستقبل . (٣) إذا كان إجراء الجراحة صعبا أو مستحيلا ، كأن يُفاجأ المريض وهو فى البحر أو فى مكان غير متاح للإسعاف الطبى ، فالعلاج الوحيد هو الراحة والمضادات الحيوية . (٤) إذا تطور التهاب الزائدة إلى خراج أو تورّم موضعى ، نلجأ إلى الراحة التامة والغذاء بالسوائل والمضادات الحيوية (مترونيدازول بالإضافة إلى أحد مركبات السيفالوسبورين من الجيل الثالث) ، مع المتابعة المستمرة لتسجيل النبض ودرجة الحرارة وحجم التورّم . فإذا لم تستجب الحالة وجب علينا التدخل الجراحى لتصريف الخراج .

والتهاب الزائدة عادة مرض مفاجىء **ليست له وقاية محددة** ، وخير ما تفعله عند أول بادرة أن تلجأ إلى مشورة الطبيب .

(٢) حمى البحر الأبيض المتوسط

هذا مرض مجهول السبب ، يكاد يقتصر على شعوب شرقى البحر الأبيض المتوسط من عرب ويهود وأرمن ، وهو مرض وراثى قد يصيب أكثر من فرد فى الأسرة الواحدة ويكثر فى زواج الأقارب .

الأعراض : تبدأ الأعراض عادة فى العقد الأول أو الثانى من العمر . أهم علاماته أنه متقلّب ودورى ، أى أنه فى نوبات متكررة تبدأ كل نوبة فجأة وتستمر من يوم إلى أربعة أيام ، ثم تنصرف إلى الحالة الطبيعية أسابيع أو

شهوراً أو سنواتٍ تعود بعدها إلى نوبة أخرى مفاجئة . يصاب المريض فى النوبة بارتفاع الحرارة وبألم شديد فى البطن فى أى جزء منه أو فيه كله ، وهو نوع أشبه بالالتهاب البريتونى تتصلب معه عضلات البطن فينحنى المريض ويتقوّس ، ولا يطيق لمس بطنه ، وتنشَلّ حركة الأمعاء فتنعدم أصواتها ويغلب عليها الإمساك . وأحيانا تصاحب النوبة علامات أخرى : التهاب غشاء الرئة (البلورا) أو غشاء القلب (التامور) فتسبب ألم الصدر ، أو آلام فى المفاصل ، أو صداع يكاد يشبه الحمى الشوكية . وأحيانا أخرى تهاجم آلام النوبة ولكن بدون حمى .

التشخيص : أهم ما يميز هذا المرض ، ونكرر مرة أخرى ، هو طبيعته الدورية وعنصر المفاجأة فى دخوله وخروجه ، وبعد كل نوبة يحس المريض أنه مُعافَى تماما وفى أتم صحة . والمريض المخضرم يعرف ذلك جيدا ، بل يُطَمئن طبيبَه إذا كان حَدَثاً ويؤكد له أن حالته لا تستدعى التدخل الجراحى . ورغم ذلك رأيت كثيرين من هؤلاء المرضى تعرضوا لعملية استئصال الزائدة الدودية ، أو استئصال المرارة ، أو فتح البطن لاستكشافه . فحمى البحر الأبيض المتوسط ليست لها فحوص أو تحاليل خاصة بها ، وإنما نعتمد فى تشخيصها على الوصف المميز لقصة المرض ولأعراض المريض وتاريخه ، وعلى استبعاد الاحتمالات الأُخرى المشتبهة ، لأنها مرض « للتشخيص بالاستبعاد » كما يقولون .

المضاعفات : أهم المضاعفات التى نرقبها إذا طال المرض هى « النشوانية » ، وهى ترسب مادة شبه نشوية فى الأنسجة وخاصة الكلوة مما يؤدى إلى « الكُلاء » (وهو مرض مزمن يؤدى إلى تسرب بروتينات الدم من مصفاة الكلوة إلى البول) والفشل الكلوى فى بعض الحالات .

العلاج : علاج حمى البحر الأبيض المتوسط ، وكذلك سببها ، مازال لغزاً ، ولكن الكثيرين ينتفعون بدواء كولشيسين ، ويمنع تناول الدواء فى

المرأة إذا تهيأت للحمل حرصا على الجنين ، ويعزّيها عن ذلك أن النوبة عادة تختفى تلقائيا طوال فترة الحمل .

■ **ملحوظة أخيرة : بعض الناس يخلطون بين الحمى المالطية وسببها ميكروب البروسيلاً ، وكان الناس يسمونها فى الماضى حمى البحر الأبيض المتوسط ، وبين مرض آخر مجهول السبب هو الذى وصفناه ، واسمه الدقيق « حمى البحر الأبيض المتوسط العائلية » ، فلزم التنويه !**

(٣) الانسداد المعوى

انسداد الأمعاء قد يكون **ميكانيكياً** ، أى بسبب عائق فى جدار الأمعاء أو فى تجويفها أو من خارجها ، أو يكون **لا ديناميكياً** ، أى بسبب خمود فى حركة الأمعاء من شلل فى عضلاتها أو خلل فى أعصابها . كذلك قد يكون الانسداد **عُلويا** ، فى أعلى المعى الدقيق ، أو **سُفليا** ، فى أدنى المعى الدقيق أو فى القولون . ثم نميز بين الانسداد **الحاد** والانسداد **المزمن** ، وكذلك بين الانسداد **البسيط** والانسداد **المختنق** المصحوب بانقطاع ورود الدم إلى الجزء المصاب . هذا التفريق أساسى لفهم طبيعة المرض ، وتفسير أعراضه وعلاماته ، وتشخيص أسبابه وما أكثرها ، ثم علاجه علاجا جذريا نافعا .

(أ) الأسباب اللا ديناميكية : من أسباب شلل الأمعاء وتوقف حركتها ما هو **موضعى** كالالتهاب البريتونى ، أو ضمور عضلات الأمعاء وتلف أعصابها كما فى إصابات الحبل الشوكى ؛ ومنها ما هو **عام** كالحميات الشديدة والتسمم واختلال الإلكتروليات فى الجسم .

(ب) الأسباب الميكانيكية : أهمها : أورام الأمعاء ، التهابات الأمعاء (مثل الدرن وجيوب القولون وقروح القولون ومرض كرون) ، التصاقات الأمعاء (عقب العمليات الجراحية) ، الفتق (أُرْبى أو سُرّى أو فَخِذى) ،

التواء الأمعاء (خاصة القولون السِّينى) ، انغلاف الأمعاء (أى انغماد جزء من الأمعاء فى جزء آخر ، ظهراً لبطن ، كما فى انغماد اللفائفى فى الأعور ، وأشهره فى الأطفال) .

الأعراض والعلامات : يؤدى الانسداد إلى توقف حركة المعى ، جزؤه العلوى ينتفخ ويمتلىء بالإفرازات المتراكمة والهواء المبلوع والغازات المتولدة من التخمر ، وجزؤه السفلى فارغ . ثم يحتقن المعى ويتأزم إذا اختنق ويصبح معرضا للانثقاب وانتشار الالتهاب البريتونى .

وعلامات الانسداد المعوى الرئيسية أربع : (١) ألم فى وسط البطن ، يتلوى له المريض من شدة المغص . (٢) انتفاخ البطن ، خاصة فى الانسداد المزمن أو التواء القولون السينى . (٣) إمساك مطلق يشمل البراز والريح . (٤) قىء مستمر ، خاصة مع الانسداد العلوى . ثم هناك أيضا علامات الجفاف واختلال الإلكتروليات (الصوديوم والبوتاسيوم والكلوريد والبيكربونات) . أما تسمّع أصوات الأمعاء فيساعدنا أحيانا فى التفريق بين الانسداد الميكانيكى والانسداد اللا ديناميكى . وأما تصوير الأمعاء بالأشعة فدوره محدود .

العلاج والوقاية : العلاج ، بعد شفط المعدة وتعويض السوائل والالكتروليات بالمحاليل المناسبة ، علاج جراحى فى المقام الأول ، وأحيانا ينجح إدخال منظار القولون من خلال الشرج فى فك التواء القولون السينى وإعادته إلى حالته الطبيعية .

الفتق هو السبب الوحيد (تقريبا) القابل للوقاية ، وذلك بعلاجه جراحيا قبل أن يستفحل .

الفصل الثامن

أمراض الجهاز الهضمى

فى مراحل معينة ، وفى ظروف خاصة

(١) فى الطفولة

تختلف أمراض الجهاز الهضمى فى الأطفال عنها فى البالغين لأكثر من سبب ، منها التشوهات الخِلْقية التى تصيب بعض الأفراد وتفرض نفسها فى مرحلة مبكرة ، ومنها اختلاف البنية التشريحية والوظيفية والمناعية فى الطفل عن البالغ حتى ولو كانت الأسباب واحدة . وأهم هذه الأمراض هى :

أولا – أمراض التشوهات الخلقية :

١ – ***الرتق :*** من أهم التشوهات الخِلْقية التى تصيب القناة الهضمية ، حيث يسد مناطق معينة كالمرىء أو الاثنا عشرى أو اللفائفى ، لأن المعى فى نشأته يبدأ أجوف ، ثم يستطيل فتنسدّ بعض أجزائه وتتخلف أحيانا وتبقى مصمتة ، وهذا هو الرتق ، وهو يسبب القىء والإمساك بعد لحظات من الولادة .

وتحديد منطقة الانسداد قد يتطلب الفحص بالأشعة فى مثل هذه المرحلة المبكرة ، لأن علاجه الجراحة العاجلة .

وهناك نوع من رتق الشرج سببه غشاء مسدود فى نهاية [illegible] ويمكن فضّه بجراحة بسيطة ، وأحيانا ينثقب صدفة من إدخال الترمومتر لقياس الحرارة .

٢ – ***تضيق البواب التضخمى :*** من أكثر الأمراض الخلقية شيوعا فى القناة الهضمية ، وهو عبارة عن ضيق واستطالة فى المخرج البوابى للمعدة تحوطه عضلة عاصرة متضخمة ، تعوق المرور . وهذه الحالة تصيب الذكور أكثر من الإناث ، خاصة إذا كان الوليد بكرا ، وتسبب القيء المبكر الذى يبدأ عادة بعد فترة تمتد أسبوعا إلى أسبوعين من بداية الرضاعة ، وهو قيء مندفع بعد كل رضعة ، خالٍ من لون الصفراء (بعكس رتق الاثنا عشرى الذى يصطبغ قيؤه باللون الأصفر) ، وتُرى تموجات المعدة وانقباضها بالعين المجردة ، كما تُحس عضلة البواب المتضخمة كأنها ورم صغير فى حجم الزيتونة فى يمين أعلى البطن . وأحيانا يتأخر ظهور الأعراض بعد شهرين أو نحوهما فى صغار الأطفال المبتسرين .

والعلاج الناجع فى معظم الحالات هو شق العضلة المتضيقة بالجراحة (عملية رامشتد) .

٣ – ***ضُخام القولون :*** هناك تشوه خلقى آخر يسمى مرض هِرشبرُنج أو ضُخام القولون ، سببه اختلال عصبى من ضياع العقد العصبية فى نهاية القولون والمستقيم ، وأعراضه المعتادة هى الإمساك والانتفاخ ، والأشعة تبين القولون المتضخم وراء المنطقة الضيقة ، وهى التى تُستأصل جراحيا إذا لزم الأمر ، وإن كان الكثيرون يعايشون هذا المرض ولا يرون منه أعراضا ملحّة تبرر الجراحة .

٤ – ***الزوائد الخلقية :*** هناك أيضا زائدة خلقية من اللفائفى تسمى ردب (رتج) ميكل ، وهى أنبوبة من بقايا تكوين الجنين توجد فى نحو ٢٪ من الأشخاص العاديين ولا تسبب مشكلة فى معظم الحالات ، إلا أنها أحيانا تحتوى على أنسجة مماثلة لبطانة المعدة أو لخلايا البنكرياس وتصبح مصدرا للألم أو التقرح أو النزف ، ونادرا ما تؤدى إلى الانثقاب أو إلى الانسداد المعوى . هذه الأعراض قد تحدث فى الأطفال أو فى الكبار ، وتشتبه عادة

مع التهاب الزائدة الدودية ، ويصعب تشخيصها إلا بعد فتح البطن واستكشافه .

ثانيا – أخطاء الأيض :

إذا كانت التشوهات الخلقية أخطاء فى تشريح الجسم واضحة جلية ، فهناك أيضا أخطاء أيضية دقيقة فى كيمياء الجسم لها أعراضها ومظاهرها . و « الأيض » فى علوم الحياة – كما عرّفناه من قبل – هو حصيلة العمليات الكيميائية المعقدة المسئولة عن البناء والهدم فى الجسم . وقد كشفت الوسائل الحديثة فى دراسات البيولوجيا الجزيئية وهندسة الجينات عن عشرات من الأخطاء الأيضية التى تفسر الكثير من هذه الأمراض ، فهى « أخطاء مطبعية » فى كتاب الحياة ، تفرض نفسها فى مرحلة مبكرة وتظهر أعراضها بعد الولادة مباشرة فى أكثر الحالات .

هناك مثلا عدة أنواع من اليرقان فى حديثى الولادة سببها **فرط خِلْقى فى صفراء الدم** (بيليروبين) نتيجة أخطاء فى أيض الصفراء . وهناك أخطاء أخرى مسئولة عن **تخزين السكريات أو الدهنيات فى الكبد** ، ولها أيضا أمراضها وأعراضها وخاصة تضخم الكبد . ثم هناك خطأ خلقى آخر **يمنع تحلل الإفراز المخاطى اللزج فى غدد البنكرياس والشعب الهوائية وغيرها** ، ويسبب تليف البنكرياس وتكيّسه ، مما يؤدى إلى البراز الدهنى من نقص إنزيم الليباز .

فإذا انتقلنا إلى الأمعاء وجدنا الكثير من الأخطاء الأيضية التى تسبب سوء الامتصاص ، من أهمها **نقص اللاكتاز** ، وهو الإنزيم اللازم لهضم سكر اللبن ، **وحساسية الأمعاء للجلوتين** ، وهو المكوّن البروتينى من القمح وسبب إسهال الأطفال المعروف باسم « الجُواف » (انظر : « سوء الامتصاص » فى

هذا الكتاب) . وشبيه بذلك أيضا **الحساسية لبعض الأغذية** ، كما فى بروتين اللبن البقرى والبيض والسمك وفول الصويا .

ويقودنا هذا إلى الكلام على **إسهال الأطفال** . **فالإسهال الحاد** فى الأمعاء من عدوى فيروسية أو بكتيرية يشمل معها ، فى الأطفال عادة ، المعدة أيضا ؛ أى أن النتيجة قىء وإسهال شديد ، ومن هنا خطورة الجفاف واختلال الالكتروليات فى الجسم الذى يتطلب الإسراع بتعويضه ، عن طريق الفم أو غيره . وقريب من ذلك أيضا النزلات المعوية التى تصيب الأطفال من عدوى أخرى خارج الأمعاء ، كما فى التهابات الرئة أو المسالك البولية أو الأذن والحلق .

أما **الإسهال المزمن فى الأطفال** ، فبالإضافة إلى أسباب سوء الامتصاص التى أسلفناها ، هناك أيضا الالتهابات النوعية (الدرن والطفيليات) وغير النوعية (مرض كرون وتقرح القولون) ، وأورام الأمعاء كالسلائل واللمفوما (الورم اللمفى) ، ونقص المناعة سواء أكان خِلْقياً أم مكتسباً (مرض « الإيدز ») .

والنتيجة المحتومة للإسهال المزمن فى الأطفال هى سوء التغذية : هزال شديد يقابله انتفاخ البطن بالغاز وتراكم الماء فى الجسم (أوديما) من قلة البروتين ، وأعراض مختلفة من نقص المعادن والفيتامينات الضرورية : أنيميا ، وكُساح ، ونزف ، والتهاب الجلد واللسان والفم ، وتخلف فى نمو الجسم والعقل .

والوقاية هى بسرعة اكتشاف سبب الإسهال وعلاجه قبل أن يزمن : التهابات الأمعاء الميكروبية أو الطفيلية أو المناعية قابلة للعلاج الناجز والسيطرة عليها ؛ أخطاء سوء الامتصاص يمكن تلافيها كتجنب سكر اللبن

فى حالة نقص إنزيم اللاكتاز ، واستبعاد القمح ومنتجاته فى حالة الحساسية للجلوتين .

وفى كل الحالات يجب أن نستبق المضاعفات بتعويض العناصر الغذائية الناقصة : الكربوهيدرات والبروتينات اللازمة للطاقة وبناء الجسم ، المعادن والالكتروليات ، وخاصة الحديد والكالسيوم والصوديوم والبوتاسيوم ، والفيتامينات بأنواعها ، ويغلب عادة أن نوفرها عن طريق الحقن لتعذر الامتصاص .

(٢) فى الشيخوخة

قلنا إن للطفولة طبيعتها ومشاكلها ، ونقول هنا إن للشيخوخة أيضا طبيعتها ومشاكلها ، ونضيف إلى ذلك أن النمط التركيبى لأعمار الناس يتجه إلى زيادة مطردة فى نسبة المسنين والمعمرين مع التحسن المستمر فى الوقاية والعلاج ، ويبدو ذلك أوضح فى بلاد العالم الثالث الآخذة بوسائل التقدم وأسباب الصحة .

تصاحب الشيخوخة تغيرات معروفة فى كل أجهزة الجسم ، وسنقتصر هنا على آثارها فى الجهاز الهضمى : منها مثلا نقص حاسة الشم والذوق ، ونقص إفراز اللعاب ، وسقوط الأسنان ، ونقص إفراز المعدة ، وضعف حركة الأمعاء ؛ أضف إلى ذلك أن تغيرات أجهزة الجسم الأخرى لها انعكاساتها على الجهاز الهضمى ، فالجسم متداخل ومتكامل . تصلب الشرايين مثلا وضيقها يقلل من تغذية الأمعاء وحيويتها . والتغيرات العصبية والنفسية ، وخاصة الاكتئاب ، التى تصاحب سن التقاعد ، أو سن اليأس فى السيدات ، لها آثار عميقة واضطرابات وظيفية فى الجهاز الهضمى . ولكل سنّ ما يناسبها : التهاب الزائدة الدودية للأطفال والشباب ، لكنه نادر فى الشيوخ ؛ أما التهاب المرارة فهو لأواسط السن وكباره ، لكنه نادر فى الأطفال .

ملاحظة أخرى ننبه إليها وهى **فرط حساسية المسنين للأدوية** وأهمية الحذر منها . بعض الأدوية يكفى للعلاج بها مقادير أقل من الجرعات المعتادة ، وكثير منها محفوف بالمخاطر : أدوية الأعصاب (جفاف الفم ، فقد الشهية ، الإمساك) ، أدوية الروماتيزم (قروح المعدة والاثنا عشرى) ، الهرمونات و « المقويات » (اليرقان واضطراب وظائف الكبد) ، المضادات الحيوية (التهاب اللسان والفم ، التهاب الأمعاء والإسهال) ، وأخيرا وليس آخرا : التدخين والخمر .

ولنستعرض الآن أمراض القناة الهضمية فى الشيخوخة :

(١) المـرىء :

فتق الحجاب الحاجز والتهاب المرىء شائع فى هذه السن ، وأعراضه المعروفة هى الحرقان وألم الصدر . أما **عسر البلع** فأسبابه كثيرة ، منها ما هو فى جدار المرىء نفسه ، كانقباض فتحة الفؤاد أو شلل فى أعصابه ، ومنها ما هو فى جوفه أو خارجه ، كالأورام .

الأمر المهم فى أى مرض أو عرض يعرض لأحد من المسنين أن نذكر دائما هذين الاحتمالين الخطيرين : **ضيق الشرايين ، والسرطان** ، وألا نألو جهدا ولا نهمل فحصا إلاّ عرفنا مصدره ، لأن العلاج رهن بالاكتشاف المبكر والوقاية الفعالة . ويجدر بنا ، فى سن الشيخوخة بالذات ، ألا نبسّط المشاكل ونصرفها على أنها مجرد اختلال وظيفى أو اضطراب نفسى . ألم الصدر أو فم المعدة قد يكوّن من ضيق شرايين القلب ، وعسر البلع قد يكون من ورم خبيث بالمرىء .

(٢) المعـــدة :

رغم نقص الحموضة فى المعدة مع تقدم السن إلا أن **القرحة الهضمية** ما زالت شائعة ، وإن كانت قرحة المعدة فى ازدياد بالنسبة إلى قرحة الأثناعشرى ، كما أن القرحة الهضمية تزداد فى السيدات بعد سن اليأس . وكثير من مرضى القرحة المسنين لا يشعرون بألم شديد أو بشكوى محددة ، والنزف فيهم غزير وعلاجه صعب . وقرحة جيب المعدة وكذلك حنيّتها الكبرى تبعث دائما على الشك والحذر ، خاصة فى المسنين ، ولابد من متابعتها وأخذ عينات منها بالمنظار لاستبعاد الورم الخبيث .

وضمور الغشاء المخاطى يزداد مع السن ، وهو مصدر لضعف الشهية وعسر الهضم ، وسبب لنوع من الأنيميا .

وورم قاع المعدة مشهور بالاختباء والاختفاء لأنه لا يعترض طريق الطعام ولا يعلن عن وجوده إلا بعد ضياع الوقت .

(٣) الأمعـــاء :

معظم أمراض الأمعاء المعروفة يمكن ان تصيب المسنين ، إلا أن للشيخوخة أمراضها الخاصة ، **فتصلب الشرايين وضيقها** مثلا يمكن أن يصيب الأمعاء دقيقها وغليظها .

قصور الشريان المساريقى الذى يغذى الأمعاء مرض مزمن يسبب ألما فى وسط البطن عقب الطعام ويستمر ساعات ، ونسميه أحيانا « الذبحة البطنية » على غرار الذبحة الصدرية . هؤلاء المرضى يعزفون عن الطعام مخافة الألم ، وأحيانا من الغثيان أو القىء أو الإسهال ، وينقص وزنهم . والتشخيص يعتمد أساسا على وصف الأعراض لأن العلامات غير محددة ،

وأحيانا نلجأ إلى تلوين الشرايين بالأشعة . والعلاج يكون بتجنب التخمة ، واستعمال الأدوية الموسعة للشرايين ، ويندر أن نلجأ إلى الجراحة .

أما **انسداد الشريان المساريقى** فحالة حادة تتطلب عادة التدخل الجراحى ، وسببه إما جلطة متسربة من القلب ، وإما تصلب فى الشرايين أو تفككها . وأعراضه ألم فى البطن مفاجىء وشديد ، وإسهال ممتزج بالدم ، وعلامات الصدمة المعروفة .

وأما **قصور الشريان القولونى الملتهب** ، فيصيب عادة الجزء الأيسر من القولون ويتشابه فى أعراضه مع التهاب القولون التقرحى والتهاب ردوب أو رتوج (جيوب) القولون ، وله علامات مميزة فى أشعة حقنة الباريوم توصف بأنها « بصمات الأصابع » من أثر احتقان الغشاء المخاطى وتورّمه .

أمراض أخرى فى الأمعاء : أمراض الأمعاء الأخرى الشائعة فى الشيخوخة تشمل الإمساك المزمن وإدمان تعاطى المليّنات ، البواسير ، سلس البراز من ضعف عاصرة الشرج ، ردوب أو رتوج (جيوب) القولون ، الفتق الأربى ، أورام القولون والمستقيم ، التواء الأمعاء وانسدادها – ومعظمها أمور وصفناها من قبل ، إلا أننا نود أن ننبه إلى أهمية التشخيص المبكر للأمراض وخاصة السرطان قبل أن يستفحل ويصعب شفاؤه .

واحذر دائما الأعراض المفاجئة وغير المعتادة فى كبار السن : فقد الشهية ، نقص الوزن ، أنيميا بدون سبب واضح ، إسهال مفاجىء أو إمساك مفاجىء ، ألم بالبطن أو عسر هضم ، دم فى البراز واضح أو مختفٍ ، يرقان بلا ألم (فكّر فى أورام البنكرياس والكبد والجهاز المرارى) ، استسقاء لا يصاحبه ورم القدمين (فكّر فى أورام الكبد ومحتويات البطن الأخرى) ، حمى مجهولة السبب (فكّر فى أورام الجهاز الهضمى والجهاز اللمفى ، بما فى ذلك الكبد والطحال ، ولا تنس أيضا الكلوة !) .

الوقاية : تكون بالاعتدال فى كل شئون الصحة وأمور الحياة : الطعام المنظم فى مواعيد الغذاء ، الراحة والرياضة ، النشاط والنوم الكافى ، تجنب القلق والتوتر ، تجنب الإمساك ، الإقلال من الأدوية قدر الإمكان ، واللجوء إلى الطبيب عند أى بادرة تخل بنظام الحياة الرتيب .

(٣) فى الحمل

تتميز فترة الحمل بتغيرات معينة تصاحبها أعراض وعلامات فى الجهاز الهضمى ، من أسبابها مزاحمة الجنين وضغطه على جيرانه ، ومنها أسباب هرمونية ومناعية ونفسية أخرى .

فمن أكثر الأعراض شيوعا فى الحمل :

١ - *الغثيان والقيء :* قيل إنه يصيب نحو ٥٠٪ من كل الحوامل ، وهو من علامات الحمل المبكرة ، خاصة فى الصباح ، يبدأ نحو الأسبوع السادس وينتهى خلال الأشهر الثلاثة الأولى ، ولا يحتاج لأكثر من تنظيم الطعام وملطّفات المعدة البسيطة . أما إذا كان القيء شديدا واستمر إلى الشهور التالية فعلينا أن نفكر فى الاحتمالات الأخرى : قرحة المعدة والاثناعشرى ، الالتهاب الكبدى ، التهاب المرارة وحصواتها ، الاضطرابات العصبية والنفسية – ومثل هذه الحالات يُحتاج فيها إلى تعويض سوائل الجسم وعناصره الغذائية عن طريق الحقن ، وإجراء الفحوص اللازمة .

٢ - *حُرقة القلب (حرقان المعدة) :* شكوى أخرى شائعة بين الحوامل ، ميعادها الأشهر الثلاثة الأخيرة ، وسببها ارتجاع الحمض من المعدة إلى المرىء تحت ضغط الجنين ، وارتخاء العضلة العاصرة المحيطة بفتحة الفؤاد ، سواء أكانت مصحوبة بفتق الحجاب الحاجز أم بدونه ، وتؤدى عادة إلى التهاب المرىء . وعلاجها ، كما سبق ، تنظيم الطعام إلى وجبات صغيرة

متعددة ، ورفع أعلى السرير ، وتجنب الانحناء ، وتناول الأدوية البسيطة المضادة للحموضة . وتنتهى هذه الحالة عادة بانتهاء الحمل .

٣ - *الإمساك :* شكوى أخرى شائعة ، سببها قلة الحركة وارتخاء العضلات ، وتستجيب لتناول الألياف كالردّة والخضراوات والفواكه ، أو الأدوية البسيطة التى تزيد من حجم البراز (نورماكول ، ميتاميوسيل) .

٤ - *البواسير :* وهى عادة مرتبطة بالإمساك ، ويكفى لها المراهم البسيطة الموضعية .

■ **يُلاحظ أننا نتجنب إعطاء الأدوية أثناء الحمل وخاصة الشهور الثلاثة الأولى مخافة المضاعفات والآثار الجانبية التى قد تؤثر على الجنين ، وقصة دواء « ثاليدوميد » الذى سبب تشوهات الأجنة قصة مشهورة ومازالت ماثلة للأذهان . ورغم أن الكثير من الأدوية الأساسية والفعالة لم تُعرف عنها مشاكل مرتبطة بالحمل أو بالأجنة ، إلا أننا ننصح دائما باستعمالها فى أضيق الحدود وللضرورة .**

بقيت مجموعة من أمراض الكبد والمرارة المرتبطة بالحمل تحتاج إلى تفصيل يضيق عنه المجال .

الوقاية : بتجنب الإمساك ، والإكثار من الألياف فى الطعام وتفادى زحم المعدة بالطعام .

(٤) فى مرضى السكر

يتعرض مرضى السكر أحيانا لمشاكل فى الجهاز الهضمى ، بعضها مرتبط بالكبد أو البنكرياس أو المرارة ، ومجالها كتاب قائم بذاته ، وبعضها الآخر متعلق بالقناة الهضمية ، وهو ما سنذكره .

فالمعدة كثيرا ما تصاب بالوَهَن وضعف الحركة ، وتؤدى إلى الانتفاخ والشعور بالامتلاء من بطء تفريغها ، وتستجيب أحيانا للعلاج بالأدوية المحركة للمعدة .

والأمعاء أيضا قد تصاب بالوهن والركود وتؤدى إلى الإمساك أو إلى الإسهال ، وإسهال الليل بالذات مقلق ومتقلب ، وقد يؤدى إلى سلس البراز ، وهو شائع فى مرضى السكر القدامى الذين يهملون علاجهم .

وقد يشتكى مرضى السكر أيضا من **متاعب المثانة أو ضعف القوة الجنسية** ، وكلها مظاهر لالتهاب الأعصاب السمبثاوية ، والعلاج الحقيقى هو بتنظيم السكر تنظيما دقيقا ومواظبا ، غذاءً ودواءً .

وبعض هذه الحالات سببها تلوث وتكاثر البكتريا فى الأمعاء ، وقد تؤدى إلى الإسهال الدهنى ، وعلاجها بالمضادات الحيوية .

وأخطر من هذا فى مرض السكر ما يعرف بـ « **الأسيتونية** » أو « **الحُمَاض** » ، وهى من المضاعفات الشديدة وخاصة فى الأطفال والأحداث الذين لا يتبعون جرعة الإنسولين اللازمة لعلاجهم ، عندئذ ترتفع نسبة الأسيتون فى الدم وتسبب أعراضا شديدة فى الجهاز الهضمى تؤدى إلى جفاف الجسم ونقص الالكتروليات اللازمة وقد تفضى إلى الغيبوبة . وتبدأ النذر الأولى بفقد الشهية والغثيان ، ثم القىء وألم البطن ، وقد ترتفع درجة الحرارة أو يزيد عدد كرات الدم البيض ، ويصبح الأمر عندئذ شبيها بالالتهاب البريتونى ، وهنا خطر الاندفاع إذا فُتح البطن بغير داعٍ فتسوء العاقبة . أضف إلى ذلك أن أمثال هؤلاء المرضى يعانون عادة من النحافة وسوء التغذية ، وبعضهم يستهدفون للأمراض المُعْدية والنزلات المعوية مما يزيد من اختلال السكر وتصبح المشكلة كالدائرة المفرغة ، لا حل لها إلا بحقن المحاليل اللازمة والإلكتروليات والفيتامينات والإنسولين ، والمضادات الحيوية

إذا لزم الأمر ، وكل هذا يتطلب المتابعة الطبية المستمرة والتحاليل المعملية حتى تنقشع الغمة .

(٥) فى مرضى الجلد

هناك علاقة وثيقة بين الجهاز الهضمى والجلد ، فكلاهما ينشآن من مصدر واحد فى المرحلة المبكرة من تكوين الجنين ، وكثير من مرضى الجلد ينصحهم أطباؤهم بالرجوع إلى أخصائى فى الجهاز الهضمى والكبد . ويضيق المجال للإسهاب فى ذلك الموضوع الطويل ، وإنما سنجتزىء ببعض النقاط الهامة .

احمرار الكفّين قد يكون طبيعيا ، وقد يحدث أثناء الحمل أو فى الحميات ، وهو أيضا من علامات مرض الكبد المزمن ، ويشاركه فى ذلك **عناكب الأوعية الدموية** وهى – كما أشرنا من قبل – شعيرات دموية رفيعة منتشرة من شريان صغير تشبه خيوط العنكبوت . **أما اليرقان** ، وهو اصفرار الجسم ظاهره وباطنه ، فهو علامة الكبد المعروفة .

أما **احمرار الجسم** فيحدث أحيانا من ورم الأمعاء المعروف بالسرطانان (الشبيه بالسرطان) ، وهو تورّد مفاجىء يشمل الوجه والرقبة وأعلى الجسم ، ويصاحبه ألم البطن والإسهال مع انتشار الورم إلى الكبد .

وَحمات الجلد شائعة ، تختلف أعدادها وأحجامها وأشكالها وأماكنها ، وأكثرها حمراء أو ضاربة إلى الزرقة . هذه الوحمات عبارة عن تورّمات صغيرة من الأوعية الدموية ، وبعضها ينتشر فى الغشاء المخاطى المبطن للقناة الهضمية ويرى بوضوح بمنظار المعدة ومنظار القولون ؛ هذه الوحمات تنزف أحيانا وتصبح مصدرا للقلق ، ويندر أن تحتم التدخل الجراحى . وشبيه بذلك **تمددات الأوعية الدموية** التى تغطى جلد الوجه والرقبة وباطن الأنف

والفم ، وتنتشر إلى الغشاء المخاطى للمعدة حيث تصبح مصدرا للنزف وللأنيميا . أما **الفُرْفُرِيّة** ، وهى نزف دقيق من الشعيرات الدموية تظهر كنقط صغيرة حمراء على الجلد ، فيكثر حدوثها فى الأطفال من حساسية للبكتريا أو لمأكولات أو أدوية معينة . هذه الحالة تصيب أيضا القناة الهضمية وتسبب ألم البطن والإسهال ، فإذا كان البراز ملوثا بالدم ظن البعض أن الطفل مصاب بانغماد معوى أو نحوه يستدعى التدخل الجراحى ، ولكن ظهور نقط الفرفرية على الجلد ينبهنا عادة إلى السبب .

تقيح الجلد الغنغرينى من علامات التهاب القولون التقرحى ، ويبدأ كبثور متقيحة على جلد الرِّجْلين ثم تتحول إلى قروح عميقة مؤلمة ، ضاربة إلى اللون الأزرق فتشبه لون الغنغرينة . هذه البثور تعلن أحيانا عن مرض القولون قبل التنبه إلى وجوده ، وتشفى عادة بعد علاج الأمعاء .

تصلّب الجلد حالة من تيبّس النسيج الليفى الضام ، قد تقتصر على جزء محدود من جلد الجسم ، كالوجه واليدين ، أو تشمل مناطق أخرى أهمها المرىء والأمعاء – الأول كمصدر لعسر البلع والتهاب المرىء ، والثانية كسبب لسوء الامتصاص والإسهال الدهنى .

تعجُّر الأصابع وهو تضخم فى أنسجة السلاميات الطرفية والأظافر لأصابع اليدين والقدمين ، علامة مهمة وشائعة من علامات أمراض القلب والرئة والجهاز الهضمى ، يخصُّنا منها : الجُوَاف ، مرض كرون (كلاهما من أمراض الأمعاء الدقيقة) ، التهاب القولون التقرحى ، سلائل الأمعاء بما فيها سلائل البلهارسيا ، وبعض حالات تليف الكبد .

وعلى ذكر سلائل الأمعاء فلها أيضا علامات معروفة فى الجلد ، منها **مرض جاردنر** وهو عبارة عن أورام ليفية أو أكياس دهنية فى جلد الوجه وفروة الرأس والصدر والظهر والأطراف . أما **متلازمة بويتز - ييجرز**

فمرض نادر ، رأيت منه حالات فى حياتى أقل من عدد أصابع اليدين ، واحدة منهن كانت فى العشرينات من عمرها ، جاءت تشكو من مغص متكرر وإسهال شديد ، وكانت العلامة الوحيدة بالفحص الإكلينيكى هى بقع سوداء صغيرة فى جوف الفم وباطن الشفتين . كان منظار المعدة سلبيا ، ومنظار القولون سلبيا . إلاّ أن فحص الأمعاء الدقيقة بأشعة الباريوم كشف عن عشرات من السلائل .

كلمة أخيرة للقارىء

أما وقد فرغنا من رحلتنا الطويلة فى قناة الجهاز الهضمى فأرجو أن تكون قد استمتعت ، أو على الأقل أفدت منها شيئا . فقد كان هدفى ، أولا وآخرا ، أن أصحبك وأصاحبك ، إيمانا منى بضرورة المكاشفة وأهمية المصارحة بين الطبيب والمريض . أنا لا أزعم أنى جعلت منك طبيبا يشخص ويعالج ، فالتشخيص والعلاج من شأن الطبيب المؤهل والمتمرس وحده ، ولكنى حرصت قدر الاستطاعة أن أشرح لك طبيعة الجسم فى الصحة والمرض ، وكيف نقيه وكيف نعالجه . فالمريض هو صاحب القضية الأول ، وهو المسئول الأول عن حياته ومصيره ، من حقه أن يفهم ، ويسعدنا أن نشاركه .

كان « فولتير » الفيلسوف والمفكر الفرنسى الشهير قليل الثقة بالأطباء وعلاجهم ، فالطبيب « يصب دواءً يعرف عنه القليل ، فى جسم يعرف عنه الأقل » . ونحن معشر الأطباء نحاول أن نكون أفضل من ذلك ، ونأمل من مرضانا أن يكونوا مثلنا .

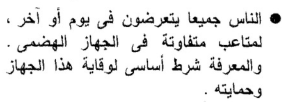
رقم الايداع بدار الكتب

٧٤٥٧ / ١٩٩١

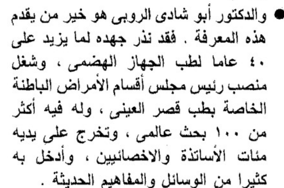
مطابع الأهرام التجارية - قليوب - مصر

الأستاذ الدكتور

أبو شادى الروبى







- الناس جميعا يتعرضون فى يوم أو آخر ، لمتاعب متفاوتة فى الجهاز الهضمى . والمعرفة شرط أساسى لوقاية هذا الجهاز وحمايته .
- والدكتور أبو شادى الروبى هو خير من يقدم هذه المعرفة . فقد نذر جهده لما يزيد على ٤٠ عاما لطب الجهاز الهضمى ، وشغل منصب رئيس مجلس أقسام الأمراض الباطنة الخاصة بطب قصر العينى ، وله فيه أكثر من ١٠٠ بحث عالمى ، وتخرج على يديه مئات الأساتذة والاخصائيين ، وأدخل به كثيرا من الوسائل والمفاهيم الحديثة .
- والدكتور الروبى عضو بمجمع اللغة العربية وبالمجمع العلمى المصرى وباللجنة القومية لتاريخ وفلسفة العلوم وبأكاديمية البحث العلمى ، ومستشار لوزارة الصحة ، وله عدد كبير من المؤلفات العلمية ، وهو حاصل على وسام العلوم والفنون من الطبقة الأولى .

الناشــر

صدر من هذه السلسلة

- ☐ القلب وأمراضه
  أ . د . عبد العزيز الشريف
- ☐ طفلك
  كيف تحميه من الأمراض الشائعة ؟
  أ . د . حسين كامل بهاء الدين
- ☐ العلاج الطبيعى
  لمـــاذا ؟
  أ . د . أحمد خالد
- ☐ الغذاء المناسب
  كيف نختاره ؟
  أ . د . صلاح عيد
- ☐ الأمراض العصبية
  ماذا تعرف عنها ؟
  أ . د . محمد عماد فضلى

مركز الأهرام للترجمة والنشر
مؤسسة الأهرام
التوزيع فى الداخل والخارج : وكالة الأهرام للتوزيع
ش الجلاء - القاهرة